
Partnerskaber med inddragelse af lokale borgere som strategi til sundhedsfremme i udsatte lokalsamfund

Kandidatspeciale ~ 4. semester

Udarbejdet af: Gruppe 10306

Didde Brodersen

Christina Vestergaard

Rikke Larsen Rasmussen

Afleveringsdato: 07.06.2018

Antal anslag med mellemrum: 243.664

Vejleder: Henrik Vardinghus-Nielsen

**Kandidat i folkesundhedsvidenskab – School of Medicine and Health
Aalborg Universitet**

Resume

Titel: Partnerskaber med inddragelse af lokale borgere som strategi til sundhedsfremme i udsatte lokalsamfund

Problemstilling: I Danmark ses en fortsat social ulighed i sundhed, og i relation hertil ses en ulighed i sygelighed, idet forekomsten af eksempelvis en række kroniske sygdomme og risikofaktorer er systematisk faldende i takt med et stigende uddannelsesniveau. Ud fra dette kan det anses som problematisk, at det ofte er borgere med høj SES, der benytter sundhedstilbud, da det objektivt set ikke er den målgruppe, der har mest brug for dem. Partnerskaber med borgere i udsatte lokalsamfund er en potentiel strategi til at skabe mere tilpassede sundhedstilbud, men der mangler viden om organiseringen af partnerskaber.

Formål: Dette speciale har til formål at belyse fremmende og hæmmende faktorer, der har betydning for, at et partnerskab med lokale borgere kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund. Herudfra søges det at udlede anbefalinger til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber som sundhedsfremmende strategi i udsatte lokalsamfund.

Metode: Specialets design er et casestudie, hvorunder datagenereringsmetoden bestod af seks semi-strukturerede interviews med involverede partnere i et nordjysk partnerskabsprojekt. I tillæg til dette understøttede et systematisk litteraturstudie besvarelsen af specialets problemformulering. En programteori blev anvendt som ramme for dataindsamling og analysen, og specialets teoretiske referenceramme tog afsæt i en forståelse af partnerskaber og borgerinddragelse, samt politolog Robert Putnams teori om social kapital, som blev anvendt i analysen.

Resultater: En bottom-up tilgang er en fremmende faktor for at skabe lokalt ejerskab og tilpassede sundhedsinitiativer. Dog kan kommunen bidrage med erfaring samt økonomiske og organisatoriske ressourcer, hvilket kan fremme implementeringen af partnerskabet. I tillæg til de fremmende faktorer er manglende bred borgerrepræsentation og prædefinerede målsætninger en hæmmende faktor for tilpassede sundhedsinitiativer, mens mistillid til den offentlige sektor og intimidering pga. formelt sprog og mødestruktur er hæmmende faktorer for at rekruttere borgere med lav SES til partnerskabet.

Konklusion: Med afsæt i de fremmende og hæmmende faktorer kan anbefalingerne for partnerskaber med lokale borgere inkorporeres i en organisatorisk ramme med *Community Coalition Action Theory*. Det anbefales, at kommunen kortlægger lokalsamfundet, for med afsæt heri at rekruttere et bredt repræsenteret borgerkorps, samt at kommunen anvender en bottom-up tilgang, for at sikre lokalt ejerskab og skabe engagement til deltagelse i partnerskabet. Dette skal dog kombineres med kommunen som organisator og tovholder. I relation til dette anses det som væsentligt, at kommunen byder ind med deres organisatoriske og økonomiske ressourcer, og faciliterer at lokalsamfundet anvender deres egne ressourcer, i form af netværk og lokalt kendskab, for at skabe en synergi-effekt.

Abstract

Title: Partnerships with engagement of local residents as a strategy for health promotion in disadvantaged local communities

Problem: Denmark is faced with an ongoing problem: social inequality in health. In relation to this, there is an evident inequality in the occurrence of diseases, since the prevalence of a range of chronic diseases and risk factors is linked with lower levels of education. From this perspective, it seems problematic that residents with strong socioeconomic backgrounds are more inclined to make use of health services, when, objectively speaking, they do not belong to the target group that needs preventive health services the most. One potential strategy for the implementation of more tailored health initiatives is the creation of partnerships with residents in disadvantaged communities, but we still need to learn more about how to establish such partnerships.

Aim: The aim of this thesis is to clarify conducive and inhibitory factors that influence how partnerships with local residents enhance health initiatives that are directed towards residents that live in these disadvantaged neighbourhoods. Based on the findings, recommendations relating to the ways in which municipalities could use local partnerships as a strategy for health promotion in disadvantaged communities will be introduced.

Method: This thesis is designed as a case study, where data was generated through six semi-structured interviews with involved parties in a partnership project in northern Jutland. A systematic literature study furthermore contributed to answering the research question. A program theory was used as a framework for the collection and analysis of data, and the theoretical framework for the thesis was based on an understanding of partnerships and community engagement, as well as on the theory on social capital by political scientist Robert Putnam.

Results: A bottom-up approach is a conducive factor for the creation of a sense of local ownership and the implementation of tailored health initiatives. However, the municipality may contribute with economical and organizational resources, which is conducive for the implementation of the partnership. In addition to these conducive factors, a lack of a broad representation of residents and predefined goals can be inhibitory factors for tailored health initiatives, while mistrust directed towards the statutory sector and intimidation due to linguistic formality and set meeting structures can be inhibitory factors for the recruitment of residents with low SES to the partnership program.

Conclusion: Considering the conducive and inhibitory factors, recommendations for the implementation of partnerships between local residents can be incorporated into an organizational framework with the application of the *Community Coalition Action Theory*. A recommendation is that the municipality gains a thorough overview of the community in question, after which it can use this information as a starting point for the recruitment of a broadly represented corps of residents. Concurrently, the municipality should lean towards a bottom-up approach in its attempts to secure a local sense of ownership and create an enthusiastic involvement in the partnership. This should, however, be combined with the municipality as organizer and project manager. With this in mind, it is essential that the municipality also makes sure to contribute with its organizational and economical resources, and to facilitate that the local community is able to apply its own resources in the forms of networks and locally grounded knowledge which can create a synergy effect.

Forord

Dette speciale er udarbejdet i perioden februar 2018 til juni 2018, og er det afsluttende speciale på Kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet.

Specialet er udarbejdet af Christina Vestergaard, Didde Brodersen og Rikke Larsen Rasmussen. Det tog afsæt i Regeringens partnerskabsstrategi, som en metode til at reducere den sociale ulighed i sundhed i Danmark, samt den manglende viden, der synes at være omkring udarbejdelsen af partnerskaber i kommunalt regi i Danmark. Derfor blev der etableret et samarbejde med en nordjysk kommune, som kunne give mulighed for indsamling af empirisk materiale. Der skal derfor lyde en tak til den nordjyske kommune, samt til medlemmerne af det konkrete sundhedsråd, for den åbenhed og hjælpsomhed, der blev udvist i forbindelse med dataindsamlingen.

Tillige rettes en tak til familie, kærester og venner for at have bistået med støtte og opbakning under specialeskrivningsforløbet. Afslutningsvis rettes en tak til vejleder Henrik Vardinghus-Nielsen, som har bidraget med konstruktiv og faglig sparring, samt en lærerig og udfordrende proces igennem specialets forløb.

Indhold

1. Initierende problem	8
2. Problemanalyse.....	9
2.1 Sociodemografiske forskelle blandt deltagere og ikke-deltagere i forebyggende sundhedstilbud.....	9
2.2 Hvorfor er lav deltagelse et problem?	10
2.3 Årsager til ikke-deltagelse i sundhedstilbud.....	11
2.3.1 Årsager til ikke-deltagelse set i et forandringsperspektiv.....	14
2.4 Social ulighed i sundhed.....	15
2.4.1 Whitehead og Dahlgrens socioøkologiske model.....	16
2.5 Lokalsamfund og sundhed.....	17
2.5.1 Lokalsamfundsinterventioner	18
2.6 Partnerskaber som strategi til at forbedre sundhed i lokalsamfund.....	18
2.7 Manglende viden og udfordringer ved partnerskaber.....	20
3. Fokusering.....	21
4. Problemformulering	22
5. Specialets forståelsesramme	23
5.1 Filosofisk hermeneutik	23
5.1.1 Den hermeneutiske cirkel og forforståelse	23
5.1.2 Situation, horisont og forståelse som horisontsammensmeltning.....	24
5.2 Gruppens forforståelse.....	24
6. Teoretisk referenceramme	25
6.1 Specialegruppens forståelse af partnerskaber og borgerinddragelse	25
6.1.1 Borgerinddragelse og top-down vs. bottom-up	26
6.2 Social kapital teori.....	27
6.2.1 Putnams teori om social kapital.....	28
7. Casestudie.....	30
7.1 Casestudie design	30
7.2 Casetype og valg af case.....	30
7.3 Præsentation af den anvendte case	31
8. Programteori som ramme for dataindsamling og analyse af casen	32
8.1 Specialets programteori	34
9. Metoder til dataindsamling og bearbejdning.....	35
9.1 Semistrukturerede interviews	35
9.1.1 Udvælgelse af informanter	36

9.1.2 Interviewguide	36
9.1.3 Udførelse af interview	37
9.1.4 Settings for interview.....	38
9.1.5 Transskription.....	39
9.1.6 Etiske overvejelser.....	39
9.2 Analysestrategi	40
9.3 Litteratursøgning	42
9.3.1 Indledende litteratursøgning	42
9.3.2 Systematisk litteratursøgning	42
9.3.3 Udvælgelse og vurdering af artikler	44
9.3.4 Bearbejdning af resultater fra litteratursøgningen	45
10. Resultater	46
10.1 Analyse	46
10.1.1 Præsentation af informanter.....	46
10.1.2 Den lokale kontekst	47
10.1.3 Hvordan er partnerskabet udmøntet?.....	48
10.1.4 Outcomes på baggrund af partnerskabsprojektet.....	48
10.1.5 Bæredygtigt partnerskab?	51
Virkningsmekanismer.....	52
10.1.6 Samarbejde	52
10.1.7 Lokalt ejerskab	55
10.1.8 Netværk og tillid.....	56
Moderatorer	61
10.1.9 Eksisterende social kapital.....	61
10.1.10 Personbundende egenskaber.....	63
10.1.11 Et bredt sundhedsbegreb.....	66
10.2 Opsamling på analysen.....	67
10.2.1 Fremmende faktorer	67
10.2.2. Hæmmende faktorer	68
10.3 Resultater fra den systematiske litteratursøgning	69
10.3.1 Tematisk litteratursyntese.....	75
10.4 Opsamling på litteratursyntesen	81
10.4.1 Fremmende faktorer	81
10.4.2 Hæmmende faktorer	81

11. Diskussion	82
11.1 Metodediskussion	82
11.1.1 Videnskabsteori	82
11.1.2 Social kapital	83
11.1.3 Design	84
11.1.4 Rekruttering	84
11.1.5 Datamætning	85
11.1.6 Interview	85
11.1.7 Alternative dataindsamlingsmetoder	86
11.1.8 Analysestrategi og resultater	87
11.1.9 Den systematiske litteratursøgning	88
11.2 Resultatdiskussion	89
11.2.1 Lokalsamfund som kontekst for sundhedsfremme	89
11.2.2 Ildsjæle og/eller bred borgerrepræsentation	90
11.2.3 Top-down >< bottom-up	92
11.2.4 Tillid/mistillid	93
12. Anbefalinger i et organisatorisk forandringsperspektiv	94
12.1 Mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser	103
12.1.1 Utilsigtede negative konsekvenser	103
12.1.2 Tilsigtet konsekvens – reducere af den sociale ulighed	104
12.2 Evalueringsmetode	105
13. Analytisk generaliserbarhed	107
14. Konklusion	108
15. Referenceliste	110
16. Bilag	120

1. Initierende problem

Den seneste danske Sundhedsprofil fra 2017 viser, at der fortsat er stor social ulighed i sundhed i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2018). I relation hertil er der en social ulighed i sygelighed, særligt i forhold til sygdomme relateret til sundhedsadfærd, hvorledes sandsynligheden for at være diagnosticeret med f.eks. lungekræft, diabetes, KOL og iskæmisk hjertesygdom falder systematisk i takt med et stigende uddannelsesniveau (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014; Sundhedsstyrelsen, 2015). Årsagerne til social ulighed i sundhed er mangfoldige og komplekse, og er bl.a. determineret af sociale- og omgivelsesmæssige faktorer (Dahlgren & Whitehead, 2007; Diderichsen, Andersen, & Manuel, 2011). Den sociale ulighed i sundhed ses også i brugen af sundhedstilbud, idet det i offentlige skattefinansierede sundhedsvæsner, som det danske, oftere er personer med højere social position, der benytter sig af forebyggende ydelser (Dixon-Woods et al., 2006). Dette kan anses som et problem, da det dermed ikke er den målgruppe, som objektivt set har mest brug for sundhedstilbud, der benytter dem. Det kan samtidig antyde et behov for at forandre hvordan forebyggende og sundhedsfremmende initiativer tilrettelægges, for i højere grad at imødekomme borgere med lav socioøkonomisk status.

Udsatte lokalområder har en højere andel af borgere med lav socioøkonomisk status, og anses derfor som en relevant arena for sundhedsfremmende initiativer (Algren et al., 2017). I relation til dette bliver inddragelse af nærmiljøer i sundhedsfremmende aktiviteter i internationalt regi fremhævet som en strategi, der har til formål at fremme sundhed og trivsel og opnå mere lighed i sundhed (NICE, 2016). I denne strategi anses partnerskaber med lokale organisationer og borgere som en relevant tilgang (NICE, 2016; Peckham, 2007). Dette afspejles også i Danmark, hvor lokalsamfundsinterventioner har været anset som tilgang til at skabe tilpassede sundhedsinitiativer (Bak, Dreier, & Andersen, 2011). Ydermere beskrives partnerskaber i den danske sundhedspolitik, som strategi til at opnå mere lighed i sundhed (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Der er dog mangel på viden om både effekten af indsatser i lokalområder (O'Dwyer, Baum, Kavanagh, & Macdougall, 2007), samt hvilke elementer, der indgår i effektive partnerskaber (NICE, 2016).

Ud fra ovenstående er der identificeret et behov for forandring af tilrettelæggelsen af sundhedsinitiativer, så borgere med lav socioøkonomisk status imødekommes. Hertil kan partnerskaber i udsatte lokalsamfund være en mulig tilgang. På baggrund heraf vil dette speciale undersøge, hvordan partnerskaber kan bidrage til at fremme tilpassede sundhedsinitiativer i udsatte lokalsamfund, for herigennem at udlede anbefalinger til det kommunale arbejde med partnerskabsstrategier.

2. Problemanalyse

I de følgende afsnit uddybes problemstillingen omkring lavere deltagelse i kommunale sundhedstilbud blandt borgere med lav socioøkonomisk status, og hvordan partnerskaber i lokalsamfund kan anvendes som strategi til at fremme deltagelsen. Dette gøres gennem afdækning af hvem der ikke deltager, hvorfor den manglende deltagelse kan anses som problematisk, samt årsagerne til ikke-deltagelse. Yderligere analyseres problemstillingen omkring social ulighed i sundhed med afsæt i teori. Afslutningsvis belyses det, hvordan partnerskaber i udsatte lokalsamfund kan anvendes som strategi til at reducere den sociale ulighed i sundhed, samt hvilket forandringspotentiale, der ligger i forhold til at udarbejde anbefalinger for partnerskaber som strategi til sundhedsfremme.

2.1 Sociodemografiske forskelle blandt deltagere og ikke-deltagere i forebyggende sundhedstilbud

Ifølge et engelsk review er det i offentlige skattefinansierede sundhedsvæsnere, som det danske, oftere borgere med højere socioøkonomisk status, der benytter sig af forebyggende ydelser (Dixon-Woods et al., 2006). Disse forskelle understøttes af et review, hvori det fremgik, at borgere var mindre tilbøjelige til at deltage i helbredstjek eller forebyggende undersøgelser for kardiovaskulære sygdomme, hvis de havde lav socioøkonomisk status i form af lavere uddannelsesniveau, lav indkomst og arbejdsløshed (Dryden, Williams, McCowan, & Themessl-Huber, 2012).

Socioøkonomisk position eller status er forskellige termer for de socioøkonomiske forhold, der har betydning for sundhed. Som indikatorer for dette kan anvendes uddannelsesniveau, beskæftigelse og/eller indkomst (Galobardes, Lynch, & Smith, 2007). I dette speciale anvendes begrebet lav socioøkonomisk status (SES) som betegnelse for personer, der enten har kortere uddannelse, som ofte defineres som grundskole som højeste uddannelsesniveau (Undervisningsministeriet, 2005), er uden for arbejdsmarkedet, eller har en lav indkomst, som ofte defineres som 50% af median indkomsten (Finansministeriet, 2004).

Uligheden i deltagelse i sundhedstilbud gør sig også gældende i en dansk kontekst. Et dansk RCT-studie konkluderer, at der er en sammenhæng mellem deltagelse og SES i en livsstilsintervention målrettet personer i risiko for iskæmisk hjertesygdom. Deltagere var karakteriseret ved at have en højere indkomst sammenlignet med ikke-deltagere. De største forskelle i deltagelse blev fundet mellem de laveste og højeste uddannelsesgrupper, samt blandt personer udenfor arbejdsstyrken, hvor sandsynligheden for at deltage i interventionen var 61% lavere end hos lønmodtagere (Bender et al. 2014). I det følgende afsnit vil det analyseres, hvorfor denne forskel i deltagelse kan anses som problematisk.

2.2 Hvorfor er lav deltagelse et problem?

Den lavere deltagelse i forebyggende tilbud blandt borgere med lav SES kan anses som problematisk, da der ifølge Sundhedsprofilen 2017 forsat er social ulighed i sundhed i Danmark. Dette ses ved, at denne målgruppe har en øget sygelighed og dødelighed sammenlignet med borgere med høj SES (Sundhedsstyrelsen, 2018). I relation hertil stiger sandsynligheden for at have flere samtidige risikofaktorer, f.eks. at være ryger, overvægtig og fysisk inaktiv, med faldende uddannelsesniveau (Sundhedsstyrelsen, 2018). Disse faktorer har enkeltvis en betydning for sundhed, mens flere risikofaktorer på samme tid øger risikoen for at få en række sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2018). I forlængelse heraf ses den sociale ulighed ved sygdomme relateret til sundhedsadfærd, idet sandsynligheden for at være diagnosticeret med f.eks. diabetes, KOL eller iskæmisk hjertesygdom falder systematisk i takt med et stigende uddannelsesniveau (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014b). Også for mental sundhed ses en social ulighed (Sundhedsstyrelsen, 2018), ligesom forekomsten af depression ligeledes følger tendensen ift. faldende uddannelsesniveau (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014b).

Ud fra et sundhedsprofessionelt synspunkt indikerer ovenstående faktorer således, at målgruppen med det største behov for sundhedstilbud, ikke benytter sig af dem i den grad, det objektivt set findes nødvendigt. Den skæve sociale fordeling i brugen af sundhedstilbud hænger således ikke sammen med det faktiske behov for disse ydelser (Hvass, Manghezi, Folker, & Sandø, 2012).

En større deltagelse i sundhedstilbud blandt borgere med lav SES kan potentielt påvirke uligheden i disse sygdomsforekomster (Diderichsen et al., 2011), hvilket kan medføre positive konsekvenser for det enkelte individ og for samfundsøkonomien.

Individ og samfundsøkonomi

En øget deltagelse blandt borgere med lav SES kan potentielt have positive konsekvenser for det enkelte individ i form af en ændret sundhedsadfærd og deraf flere raske leveår. Eksempelvis ses det, at regelmæssig fysisk aktivitet er relateret til en nedsat risiko for en række kroniske sygdomme og depression (WHO, 2010).

Udover de fysiske konsekvenser, som belyst i foregående afsnit, kan sundhedsadfærd også være forbundet med nedsat livskvalitet. Et dansk studie viste, at risikofaktorerne rygning, højt alkoholindtag, fysisk inaktivitet og overvægt hver især havde en sammenhæng med nedsat sundhedsrelateret livskvalitet og levetid målt i QALY (Brønnum-Hansen, Juel, Davidsen, & Sørensen, 2007). En forbedring af livskvalitet kan dermed være et vigtigt mål med forebyggende og sundhedsfremmende

tilbud. Udover de individuelle positive konsekvenser findes samfundsøkonomiske incitamenter for at reducere den sociale ulighed i sundhed, idet flere raske borgere ville kunne bidrage til arbejdsstyrken, samt reducere udgifterne til sygdomsbehandling (Vallgård, 2009).

I Danske Regioners visionspapir ”Sundhed for livet” (2017) anslås det eksempelvis, at en sundhedstilstand blandt alle borgere i alderen 30 til 64 år svarende til den sundhedstilstand, der ses hos borgere med mellem eller lang uddannelse, ville gøre det muligt at undgå op mod 90% af udgifterne til førtidspension (Danske Regioner, 2017). I relation til dette viser beregninger, at en eliminering af rygning som risikofaktor vil give en mulig årlig besparelse på 30 milliarder kr. ift. produktionstab og behandling og pleje, og på 11 milliarder kr. for fysisk inaktivitet (Danske Regioner, 2017).

Som belyst i dette afsnit er der en række potentielle positive konsekvenser forbundet med et fokus på at øge deltagelsen i sundhedstilbud for borgere med lav SES. For at kunne komme nærmere på en mulig løsning, er det dog nødvendigt med en større forståelse af årsagerne til den lave deltagelse. Dette kan underbygges med, at der fortsat er mangel på dansk forskning om ulighed i brugen af forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (Hvass et al., 2012; Krasnik, 1996). I det følgende afsnit vil årsager til ikke-deltagelse i forebyggende sundhedstilbud derfor blive analyseret.

2.3 Årsager til ikke-deltagelse i sundhedstilbud

For at undersøge hvilke årsager, der ligger til grund for hvorfor personer med lav SES fravælger at deltage i sundhedstilbud, blev der foretaget en systematisk litteratursøgning (bilag 5).

Nedenstående skema har til hensigt at skabe oversigt over studierne svar på problemstillingen. Årsagerne vil efterfølgende blive uddybet.

Resultater fra litteratursøgningen: Årsager til ikke-deltagelse i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud	
Årsager til ikke-deltagelse	Artikler
Lav risikoopfattelse	Groenenberg et al. (2015) Nielsen et al. (2004) Dryden et al. (2012) Chinn et al. (2006) Wall & Teeland (2004) Petter et al. (2015)
Tvivler på effekt	Dryden et al. (2012) Chinn et al. (2006) Nielsen et al. (2004)
Autonomitab	Groenenberg et al. (2015) Nielsen et al. (2004) Dryden et al. (2012)

Frygt for resultater	Groenenberg et al. (2015) Nielsen et al. (2004) Dryden et al. (2012) Petter et al. (2015) Sinclair & Alexander (2012)
Finder det ikke vigtigt/Ikke interesse-ret	Bukman et al. (2017) Wei Ling et al. (2012)
Økonomi (skal være gratis)	Groenenberg et al. (2015) Wei Ling et al. (2012) Lakerveld et al. (2008)
Distance	Lakerveld et al. (2008)
Tidsforbrug/anden prioritering	Groenenberg et al. (2015) Nielsen et al. (2004) Wei Ling et al. (2012) Bukman et al. (2017) Wall & Teeland (2004) Lakerveld et al. (2008) Sinclair & Alexander (2012)

Tabel 1 Årsager til ikke-deltagelse i forebyggende og sundhedsfremmende tilbud

Lav risikoopfattelse

Flere studier beskriver, hvordan årsager til ikke-deltagelse i sundhedsfremmende og forebyggende tilbud skyldes *lav risikoopfattelse* (Dryden et al., 2012; Groenenberg et al., 2015; Nielsen, Dyhr, Lauritzen, & Malterud, 2004). Andre artikler under samme kategori beskriver, hvorledes ikke-deltagelse skyldes oplevet godt helbred, ingen symptomer på sygdom og en oplevelse af et tilstrækkeligt aktivitetsniveau (Chinn, White, Howel, Harland, & Drinkwater, 2006; Petter, Van Rooijen, Korevaar, & Nielen, 2015; Wall & Teeland, 2004). Den lave risikoopfattelse kan eksemplificeres igennem informanternes beskrivelse af kendskab til folk, der trods rygning havde et godt helbred og levede til de blev gamle. I forlængelse heraf følte disse ikke-deltagere sig, trods rygning og overvægt, som sunde (Nielsen et al., 2004). Denne betragtning af sundhedsadfærd står i kontrast til f.eks. Sundhedsstyrelsen, der har fokus på overvægt, rygning og alkohol som en risici for sygdom, og på baggrund heraf kommer med anbefalinger for en sund livsstil og forebyggende tilbud (Vallgård, 2014). Således kan den lavere deltagelse blandt borgere med lav SES skyldes, at der findes divergerende opfattelser af sundhed og risiko. Denne konflikt i risikoopfattelser, som opstår mellem eksperter og lægfolk, er velkendt i nutidens samfund (Breck, 1999).

Tvivler på effekt

I relation til *lav risikoopfattelse* findes kategorien *tvivler på effekt*, hvor der også ses en forskel i forklaringsmodeller mellem sundhedssektoren og personer med lav SES. Deltagere, der har takket nej til en helbredsundersøgelse, beskriver, hvorledes de betvivler anvendeligheden af sådanne undersøgelser, da en påvisning af disponering for f.eks. hjertesygdom eller diabetes og deraf forbyggende aktiviteter ikke garanterer, at sygdommen forebygges (Nielsen et al., 2004). Ydermere beskrives forklaringen på den lavere deltagelse også som manglende viden om fordelene ved fysisk aktivitet (Chinn et al., 2006).

Autonomitab

Overvejelser omkring *autonomitab* er også årsag til fravalg af deltagelse i forebyggende tilbud. Informanter beskriver, hvorledes det er individets eget ansvar at opretholde et godt helbred, og hvordan de har ret til at bestemme deres egen livsstil og nyde risikable vaner, som f.eks. rygning (Nielsen et al., 2004). Hvis individers autonomi ikke opretholdes, og oplysninger og advarsler i henhold til en risikofyldt adfærd virker som en trussel på målgruppens frihed til at træffe egne valg, er der ifølge marketingsforsker Debra Jones Ringold risiko for den utilsigtede konsekvens *boomerangeffekt*. En boomerangeffekt er et negativt respons på en sundhedsintervention, hvor effekten af sundhedsinterventionen kommer til at virke modsatrettet hensigten (Ringold, 2002). Denne boomerangeffekt kan således også være årsag til lavere deltagelse. Informanter beskriver, hvorledes autoriteter ikke skal diktere borgere, hvordan deres liv skal leves ud fra f.eks. en helbredsscreening, i form af ændring af kostvaner og rygestop, med mindre de selv har spurgt om råd (Nielsen et al., 2004), samt at de ikke vil irettesættes i forhold til deres sundhedsadfærd (Dryden et al., 2012). Det understreges endvidere, at deltagelse i sundhedssamtaler skal være frivillige, og at på forhånd fastlagte datoer kan have en modsat effekt på deltagelse (Groenenberg et al., 2015).

Frygt for resultaterne

Frygt for resultaterne blev også kategoriseret som årsag til ikke-deltagelse i f.eks. helbredsundersøgelser. Informanterne udtrykte nervøsitet ved resultaterne og konsekvenserne heraf, som f.eks. diagnose, medicinering eller livsstilsændring (Dryden et al., 2012; Groenenberg et al., 2015; Petter et al., 2015; Sinclair & Alexander, 2012). Nogle informanter oplevede sig selv som sunde, og ønskede ikke oplevelsen forstyrret ved deltagelse i en helbredsundersøgelse. Andre var bange for, om testresultaterne ville føre dem i mental ubalance eller gøre dem hysteriske (Nielsen et al., 2004). Dermed kan det udledes, at en helbredsundersøgelse som utilsigtet konsekvens kan sygeliggøre ellers raske

personer. Denne utilsigtede konsekvens kan ud fra filosofen Ivan Illich anskues som iatrogenese (Illich, 1976). Sundhedsvæsenet kan f.eks. overtage ansvaret for den enkeltes helbred, hvilket kan resultere i mistet kompetence til selv at håndtere sårbarhed og svaghed på en personlig og autonom måde (Kennedy & Kennedy, 2010). Således kan en helbredsscreening være en sygeliggørende proces, hvilket i sig selv er en negativ utilsigtet konsekvensen for de deltagende, men også årsag til ikke at deltage.

Udover de ovenfor analyserede årsager til ikke-deltagelse angiver to studier også manglende interesse, som årsag til ikke-deltagelse (Bukman et al., 2017; Wei Ling Ng et al., 2012), uden at dette dog undersøges yderligere i de pågældende studier, da de er baseret på kvantitative spørgeskema data. I tillæg til dette findes yderligere barrierer såsom økonomi, tidsforbrug og distance (Bukman et al., 2017; Groenenberg et al., 2015; Lakerveld et al., 2008; Nielsen et al., 2004; Sinclair & Alexander, 2012; Wall & Teeland, 2004; Wei Ling Ng et al., 2012).

Opsummerende bærer årsagerne til ikke-deltagelse præg af en manglende følelse af relevans blandt personer med lav SES. Tilbuddene deler ikke nødvendigvis målgruppens forståelse af hvad sundhed og risiko er, og har en anden forklaringsmodel på, hvordan sundhed skal opretholdes og sygdom undgås. Ligeledes beskriver ikke-deltagere, at de vægter retten til at bestemme over egen livsstil, og at de i forbindelse med helbredsundersøgelser frygter at blive sygeliggjorte.

2.3.1 Årsager til ikke-deltagelse set i et forandringsperspektiv

På trods af, at der kan være modstand mod deltagelse i forebyggende tilbud, som flere af studierne antyder, viser den danske Sundhedsprofil samtidig, at flere af de personer, som har en risikoadfærd i form af rygning, fysisk inaktivitet eller usund kost, har et ønske om at ændre denne adfærd (Sundhedsstyrelsen, 2018). Selvom tallene er lavere for personer med lav SES er der alligevel 41,2% med grundskole som højeste uddannelsesniveau, som angiver et ønske om at spise sundere, 46,6% som ønsker at være mere fysiske aktive, og 63,2% som ønsker rygestop (Sundhedsstyrelsen, 2018). Dette kan være en indikation på, at der er et vist potentiale for at tilrettelægge sundhedstilbud, som imødekommer denne målgruppe, samt at den nuværende tilgang til sundhedstilbud i kommunerne muligvis ikke er tilstrækkelig til at omsætte disse ønsker til aktiv handling.

De mangeartede årsager til fravælgelse af deltagelse i sundhedstilbud blandt borgere med lav SES tydeliggør en kompleksitet, men også et forandringspotentiale i organiseringen og måden man tænker kommunale sundhedstilbud på, med henblik på at opnå en bredere deltagelse i disse. Dette kan

ligeledes ses i lyset af, at personer med højere SES er mere tilbøjelige til at indgå i tilbud rettet mod individer, hvorved uligheden i sundhed potentielt kan øges yderligere (Vallgård, Diderichsen, & Jørgensen, 2014). Dette illustrerer derved vigtigheden i, at sundhedstilbud udformes, så de ikke kun imødekommer den målgruppe, som i forvejen besidder flest sundhedsmæssige ressourcer.

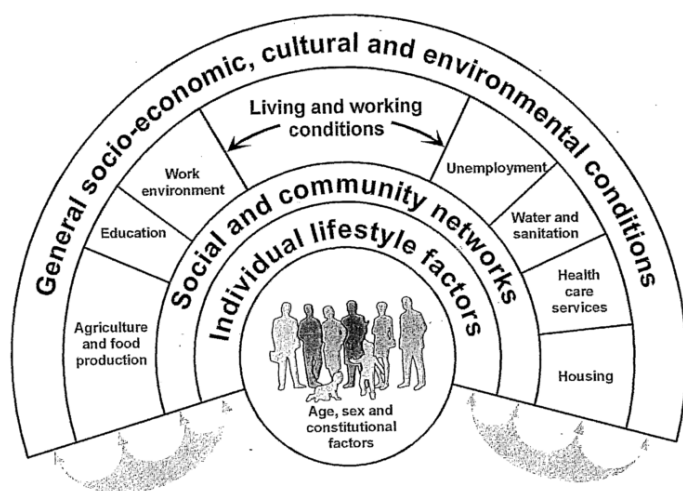
De fremanalyserede årsager til ikke-deltagelse, såsom forskelle i risiko-opfattelse og autonomi, antyder, at et stort fokus på forebyggelse og risiko ikke er tilstrækkeligt til at imødekomme ikke-deltageres barrierer for deltagelse i sundhedstilbud. Således kan der argumenteres for, at en bredere tilgang til sundhed skal anlægges, for at imødekomme disse. Her kan begrebet sundhedsfremme, som stammer fra WHO's Ottawa charter fra 1986, anvendes til at anskueliggøre, at sundhed ikke blot handler om fravær af sygdom, hvilket er essensen i en forebyggende tankegang, men at sundhed indbefatter både fysisk, psykisk og socialt velbefindende (World Health Organisation, 1986). I tillæg til selve anskueligheden af sundhed, kan der ligeledes være forskellige betragtninger om årsagerne til social ulighed i sundhed, hvilket har betydning for, hvordan man vælger at agere ift. at løse en problemstilling som ulighed i deltagelse i sundhedstilbud. Dette vil derfor blive analyseret i det følgende afsnit om social ulighed i sundhed.

2.4 Social ulighed i sundhed

At den sociale ulighed i sundhed skal nedbringes, kan begrundes ud fra et samfundsmæssigt ansvar overfor de svageste grupper, eller ud fra et synspunkt om lighed i sundhed som værende en grundlæggende værdi (Vallgård, 2009). Dansk sundhedspolitik bygger på det lighedsbærende princip om universel adgang til sundhed, hvilket betyder, at alle borgere skal have ret og lige adgang til sundhed uanset økonomi eller uddannelse (Diderichsen et al., 2011). I relation hertil beskriver professor i folkesundhedsvidenskab Margaret Whitehead (Whitehead), hvorledes der kan skelnes mellem forskel og ulighed i sundhed, hvor ulighed betragtes som noget uretfærdigt, der kan undgås (Whitehead, 1992). Afhængig af om den lave deltagelse blandt borgere med lav SES udelukkende betragtes som en forskel, der bygger på et individuelt bevidst fravalg, eller anses som et uretfærdigt problem, der må forstås strukturelt og organisatorisk, vil afgøre, hvordan problemet løses. Ud fra den sidste tankegang er det nødvendigt med en forståelse af, hvad der skaber social ulighed i sundhed. I det følgende afsnit præsenteres Whitehead og Dahlgrens socioøkologiske forklaringsmodel om social ulighed i sundhed. Dette gøres for at forklare nærmere en forklaring på, hvordan ulighed i sundhed kan reduceres, og hvilke faktorer, der potentielt har betydning for deltagelse i sundhedstilbud blandt borgere med lav SES.

2.4.1 Whitehead og Dahlgrens socioøkologiske model

Whitehead og Dahlgren (2007) har udarbejdet en økologisk model, som illustrerer sammenhængen mellem forskellige faktorer og sundhed, og dermed den kompleksitet, der findes i forhold til sundhed og sundhedsadfærd. Modellen viser de såkaldte determinanter for sundhed.



Figur 1 Socioøkologisk model over determinanter for sundhed (Dahlgren & Whitehead, 2007)

Som modellen illustrerer, er der forskellige niveauer, som har betydning for sundhed. Yderst i modellen findes de overordnede socioøkonomiske, kulturelle og miljømæssige strukturer. I næste lag følger de sociale og materielle forhold, der kan relateres til arbejds- og andre livsomstændigheder, herunder boligforhold og sundhedsydelse. Herudover inkorporerer modellen i det tredje lag socialt netværk, såsom støtte fra familie, venner og lokalmiljø. I det inderste lag findes den individuelle adfærd, som relaterer sig til risikofaktorer. Derudover er der andre betydningsmæssige faktorer, såsom alder og køn, som det ikke er muligt at ændre på (Dahlgren & Whitehead, 2007).

Som det ses i modellen placeres den individuelle risikoadfærd proksimalt, og det illustreres ligeledes, hvordan flere forskellige distale determinanter har en betydning for denne adfærd, og dermed for individets sundhed. Disse distale determinanter vil dermed også have en betydning for individets muligheder for deltagelse i sundhedstilbud.

Modellen illustrerer samtidig, at der er fire forskellige områder, hvorpå det er muligt at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Der kan arbejdes på det strukturelle niveau, f.eks. gennem politikker, eller på næste niveau med forbedringer ift. f.eks. uddannelsesmuligheder, arbejds- og boligforhold, samt i sundhedssektoren. På de to øvrige niveauer i modellen kan arbejdes med social støtte gennem netværk og lokalsamfund, og endelig med at støtte individuel adfærd gennem bl.a. sundhedspædagogiske tiltag (Dahlgren & Whitehead, 2007).

I Danmark er det efter kommunalreformen i 2007 kommunerne, som står for den borgerrettede forebyggelse og sundhedsfremme (Hanak, Falk, Størup, & Bruun, 2007). Der kan argumenteres for, at det fra et kommunalt arbejdsfelt er vanskeligt at arbejde med det overordnede strukturelle niveau, idet dette fordrer politisk indgriben på et overordnet nationalt niveau. Dog har kommunerne til dels mulighed for at påvirke de tre øvrige niveauer, gennem fokus på lige adgang til sundhedstilbud (bl.a. geografisk, f.eks. via lokalsamfund), det sociale aspekt og den tilgang, de vælger i arbejdet med individuel adfærd. I relation til dette har Whitehead udarbejdet en typologi, som illustrerer hvilke handlinger, der kan foretages med henblik på at reducere social ulighed i sundhed (Whitehead, 2007). Disse er at styrke individer, at styrke lokalsamfund, at forbedre leve- og arbejdsvilkår, samt at skabe en sund makropolitik (Whitehead, 2007). Whitehead og Dahlgren understreger, at interventioner kan fungere på flere af niveauerne, ligesom det sandsynligvis vil skabe større effekt at agere på flere niveauer samtidig (Dahlgren & Whitehead, 2007).

2.5 Lokalsamfund og sundhed

Set i relation til den lavere deltagelse i sundhedstilbud blandt borgere med lav SES, kan det ud fra modellen af Whitehead og Dahlgren udledes, at det er utilstrækkeligt med et ensidigt fokus på sundhedstilbud, som adresserer individuel risikoadfærd, uden at tage øvrige determinanter for sundhed med i betragtning.

Som det ses i modellen indgår lokalsamfund på flere niveauer, og typologien af Whitehead fremsetter styrkelse af lokalsamfund som en mulig handling. Lokalsamfund kan betragtes som en relevant arena for at arbejde med social ulighed i sundhedstilbud af flere årsager. Dels ses en højere prævalens af sundhedsrelateret risikoadfærd i udsatte boligområder f.eks. i form af rygning og inaktivitet (Algren et al., 2017; Algren, Bak, Berg-Beckhoff, & Andersen, 2015). Et udsat lokalområde kan defineres som et beboelsesområde, hvor der er en høj proportion af borgere med lav SES, set ud fra faktorer såsom arbejdsløshed, lav indkomst, lavt uddannelsesniveau og lavtlønnede jobs (Algren et al., 2017). Derudover er sammenhængen mellem sundhed og beboelsesområde ikke kun forbundet med individuelle karakteristika, såsom socioøkonomisk status, men kan også tilskrives selve beboelsesområdet (Bernard et al., 2007). Et områdes fysiske miljø kan f.eks. påvirke individets muligheder i forhold til eksempelvis tilgængelighed af transportmuligheder, eller muligheder for gang og cykling, ligesom det kan skabe muligheder eller begrænsninger i forhold til fritidsaktiviteter. Det sociale miljø kan ligeledes påvirke sundhedsadfærd gennem faktorer såsom sociale normer og soci-

ale forbindelser mellem beboere (Diez Roux & Mair, 2010). Desuden kan lokalsamfunds organisationer spille en rolle ved bl.a. at udbyde aktiviteter, som kan påvirke sundhedsadfærden for områdets beboere (Bernard et al., 2007). I relation til dette fandt et studie, at deltagelse i tilbud om forskellige former for fysisk aktivitet i et udsat boligområde var højere blandt de lokale borgere, hvis tilbudene var initieret fra lokalsamfundet (Withall, Jago, & Fox, 2010).

Samlet set ser der ud til at være et potentiale i at anvende lokalsamfundet som en arena til at fremme sundhedsinitiativer, der i højere grad kan imødekomme borgere med lav SES. Lokalsamfundsinterventioner som strategi vil derfor blive udfoldet i de følgende afsnit.

2.5.1 Lokalsamfundsinterventioner

Lokalsamfundsinterventioner som strategi i sundhedsfremme har bl.a. rod i tankegangen bag ”*healthy settings*”, som stammer fra WHO, og er baseret på en holistisk og multidisciplinær tankegang, der skal fremme sundhed på flere niveauer, og kan bl.a. være baseret på lokalmiljøer (WHO, 2018). Lokalsamfundet har i en årrække dannet udgangspunkt for sundhedsfremmende initiativer og aktiviteter i Danmark (Bak et al., 2011).

Lokalsamfund anses som en vigtig arena for sundhedsfremme, hvor ejerskab og borgerinddragelse indgår som væsentlige elementer. Disse elementer anses som en måde, hvorpå det er muligt at fremme tilpasningen af sundhedsindsatser til lokalsamfundets ønsker og behov, hvorved mulige barrierer også kan imødekommes (Bak et al., 2011). I forlængelse heraf bliver inddragelsen af nærmiljøerne i sundhedsfremmende aktiviteter i internationalt regi fremhævet som en tilgang, der har til formål at fremme sundhed og trivsel og opnå mere lighed i sundhed (NICE, 2016). Inddragelse af borgere kan ske igennem partnerskaber, hvilket også kommer til udtryk i det seneste sundhedsudspil fra den danske regering. Derfor vil følgende afsnit beskrive, hvordan partnerskaber indgår som led i den danske sundhedspolitikens mål om at reducere den sociale ulighed, og hvilket potentiale partnerskaber anses at have for forbedring af sundhed i lokalsamfund.

2.6 Partnerskaber som strategi til at forbedre sundhed i lokalsamfund

I den danske regerings forebyggelsespolitik *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste ti år*, blev partnerskaber lanceret som strategi til at opnå målet om mere lighed i sundhed (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Der skelnes mellem nationale og lokale partnerskaber, hvor de lokale partnerskaber skal fokusere på lokalt ejerskab ved at inddrage nærmiljøet og skabe skræddersyede løsninger (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Regeringen definerer partnerskaber som et samarbejde mellem to eller flere ligestillede parter med en fælles

vision, i dette tilfælde mere sundhed til borgerne. Partnerskaber kan f.eks. indeholde frivillige organisationer, kommuner, regioner, private virksomheder mm. Udgangspunktet for partnerskaber er, at komplekse opgaver ikke kan løses alene, men i stedet søger partnerskaber via en fælles vision at udvikle og igangsætte bæredygtige og langsigtede initiativer (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Ifølge Regeringen skal civilsamfund og erhvervsliv involveres i en partnerskabsstrategi, for således at styrke og supplere nuværende samarbejde, indsatser, initiativer og desuden være nytænkende i måder, hvorpå sundhed kan opnås (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a).

Der er således fra Regeringens side flere positive antagelser om partnerskabers potentiale, men partnerskabsstrategien beskrives dog samtidig som et udviklingsprojekt, hvor der ønskes at lave en ”værktøjskasse”, hvor erfaringer videregives (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a).

Dette kan antyde, at der i dansk kontekst fortsat er brug for undersøgelser af, hvordan partnerskaber kan tilrettelægges med henblik på at forbedre sundhedstilstanden for borgere med lav SES.

Partnerskaber med lokale borgere kan anses som et højt niveau af borgerinddragelse (Arnstein, 1969; Cyril, Smith, Possamai-Inesedy, & Renzaho, 2015). Borgerinddragelse fremhæves af WHO som en metode til sundhedsfremme, og anses som et kerneelement i at opnå lighed i sundhed (World Health Organization, 2002). Dette baseres på antagelser og idealet om, at interventioner baseret på borgerinddragelse lettere kan grundlægges og udføres, da borgerne selv har været en del af identificeringen, udviklingen og implementeringen af en given indsat, og dermed har opnået en større følelse af ejerskab og motivation (World Health Organization, 2002). Ud fra de forskellige årsager til ikke-deltagelse, som blev analyseret tidligere, kan det formodes, at borgerinddragelse kan hindre nogle af disse barrierer i at opstå. Borgerinddragelse har bl.a. til hensigt at give borgerne en følelse af autonomi (Popay, 2010), og i forlængelse heraf kan det antages, at inddragelsen af borgere i identificeringen og udviklingen af sundhedsinitiativer i højere grad kan omfavne, at borgeres forståelse af sundhed og risiko er subjektiv og defineres med afsæt i egne erfaringer.

Således kan partnerskaber, der involverer lokale borgere, anskues som en tilgang, der potentielt kan fremme sundhedsinitiativer i udsatte lokalområder, med henblik på i højere grad at imødekomme borgere med lav SES. På trods af de mange idealer og positive antagelser om mulighederne ved partnerskaber, er der dog også en række udfordringer ved denne tilgang, hvilket beskrives i det følgende afsnit.

2.7 Manglende viden og udfordringer ved partnerskaber

Ifølge et review om partnerskaber kan det være svært at påvise effekten af partnerskabsstrategier på mål som f.eks. sygelighed og dødelighed, da det vil tage flere år eller flere generationer, før det er muligt at se synlige ændringer på befolkningsniveau (Roussos & Fawcett, 2000). Det konkluderes dog, at partnerskaber kan bidrage til forandring på forskellige mål for sundhedsadfærd f.eks. ift. fysisk aktivitet og rygning (Roussos & Fawcett, 2000). Reviewet antyder dermed, at implementeringen af partnerskaber under specifikke omstændigheder er forbundet med forbedringer på befolkningens sundhed, men der er dog ikke tilstrækkelig med evidens til at producere stærke konklusioner (Roussos & Fawcett, 2000). Dette kan antyde, at der er brug for mere viden, om hvordan der skal arbejdes med partnerskabsstrategier, for at de i højere grad kan producere positive sundhedsudfald. Ligeledes påpeger NICE, at der mangler studier, som fastlægger hvilke elementer, der er med til at skabe et godt og succesfuldt partnerskab (NICE, 2016). I tillæg til dette mangler der også viden om virkningsmekanismerne i interventioner, som anvender borgerinddragelse (O'Mara-Eves et al., 2015).

Herudover kan der påpeges potentielle vanskeligheder med at udføre partnerskabsstrategier med lokale borgere. Der kan eksempelvis opstå konflikter mellem sundhedsprofessionelles mål og fremgangsmåde og lokalsamfundets interesser og behov (Warr, Mann, & Kelaher, 2013). I relation til dette kan der ligeledes være forskellige opfattelser af, hvordan inddragelse af borgere skal foregå i praksis, idet sundhedsprofessionelle kan have forskellige opfattelser af borgerinddragelse, hvilket potentielt kan påvirke processen og ejerskabet hos frivillige borgere (Andersen, 2010).

Herudover kan der påpeges potentielle vanskeligheder med at inddrage borgere og give dem tilstrækkelig med indflydelse (Socialstyrelsen, 2017), hvilket blandt andet kan skyldes, at kommunale og professionelle aktører lukker sig om sig selv (Espersen & Andersen, 2017). Der er ligeledes risiko for, at en gruppe af borgere favoriseres og hvis interesse derved prioriteres (Espersen & Andersen, 2017).

Denne manglende viden og potentielle vanskeligheder med partnerskabsstrategier giver yderligere incitament for en nærmere undersøgelse af, hvordan partnerskaber i lokalområder kan organiseres med henblik på at fremme sundhedsinitiativer i udsatte lokalområder.

3. Fokusering

Som belyst i problemanalysen kan lav deltagelse i sundhedstilbud blandt borgere med lav SES anses som problematisk, da selvsamme målgruppe har en øget sygelighed og dødelighed sammenlignet med personer med høj SES (Flachs et al., 2015), hvilket ikke hænger sammen med det faktiske behov for disse ydelser (Hvass et al., 2012). Som fremanalyseret i problemanalysen, kan årsagerne til ikke-deltagelse blandt borgere med lav SES bl.a. skyldes, at forebyggende tilbud ikke imødekommer målgruppens forståelse af sundhed og risiko, og at borgerne vil have autonomi og derved retten til at bestemme over egen livsstil.

Forskellen i deltagelse kan anses som en ulighed, der ikke udelukkende kan løses på individniveau, men i lige så høj grad skal løses på organisatorisk og strukturelt niveau, som det fremhæves i den socioøkologiske model (Dahlgren & Whitehead, 2007).

For at reducere den sociale ulighed i sundhed er inddragelsen af lokalmiljøet via brugen af partnerskaber en potentiel strategi (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a; NICE, 2016). Udsatte lokalområder kan betragtes som en relevant arena for sundhedsfremmende initiativer, idet der her ses en højere andel af borgere med lav SES (Algren et al., 2017).

Som belyst i problemanalysen har partnerskaber potentielt en effekt på forskellige mål for sundhed (Roussos & Fawcett, 2000). Dog ser det ud til, at der mangler anbefalinger og viden om, hvordan partnerskaber med lokale borgere kan organiseres og implementeres (NICE, 2016), ligesom der kan opstå problematikker, når inddragelse af borgere skal udledes i praksis (Andersen, 2010; Espersen & Andersen, 2017; Socialstyrelsen, 2017; Warr et al., 2013). Det findes derfor relevant at undersøge, hvordan partnerskaber kan praktiseres i udsatte lokalområdet og hvordan dette kan fremme sundhedsinitiativer, som også imødekommer borgere med lav SES.

Da kommunerne har ansvaret for borgerrettet forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark, vil der tages afsæt i et kommunalt projekt, som anvender lokale partnerskaber som strategi. Således ønskes der indsigt i hvilke hæmmende og fremmende faktorer, der har betydning for om partnerskaber mellem kommunen og lokale borgere kan bidrage til sundhedsinitiativer, som imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund. Ydermere skal denne indsigt i et forandringsperspektiv bidrage til at udlede konkrete anbefalinger til organiseringen af det kommunale arbejde omkring partnerskabsstrategier med lokale borgere.

4. Problemformulering

På baggrund af ovenstående fokusering arbejdes der i dette speciale ud fra følgende problemformulering:

Hvilke fremmende og hæmmende faktorer har betydning for, at partnerskaber med inddragelse af lokale borgere kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund?

Hvilke anbefalinger kan heraf udledes til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber som sundhedsfremmende strategi i udsatte lokalsamfund?

5. Specialets forståelsesramme

Følgende afsnit vil beskrive projektets videnskabsteoretiske afsæt. Videnskabsteori beskæftiger sig med, hvorledes der kan skabes viden om verdenen, og hvilken slags viden, videnskaben kan levere, hvilket således har betydning for de valg, der træffes i selve forskningsprocessen (Juul & Pedersen, 2012).

5.1 Filosofisk hermeneutik

Dette projekt har valgt at positionere sin inden for hermeneutikken, hvor idealet er at udvikle en fortolkende forståelse af subjekters meninger, oplevelser og holdninger, som de forekommer ud fra deres perspektiv (Juul, 2012b). Inden for hermeneutikken betragtes viden som fortolkning, idet der kan findes flere forskellige fortolkninger af samme fænomen. For forskeren ligger opgaven ifølge hermeneutikken derfor i, at fremfortolke den mening, som går ud over det, der umiddelbart foreligger (Juul, 2012b).

Projektet tager afsæt i den filosofiske hermeneutik, fremlagt af den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (Fredslund & Dahlager, 2011). I Gadamer's filosofiske hermeneutik findes centrale begreber, der har betydning for, hvordan der kan fremstilles viden om verdenen. Disse begreber præsenteres i følgende afsnit.

5.1.1 Den hermeneutiske cirkel og forforståelse

Ifølge hermeneutikken beskrives fortolkningsprocessen som en cirkulær proces, hvor der tages udgangspunkt i en vekslen mellem del og helhed. Det er således kun muligt at opnå en forståelse af delene i en undersøgelse, ved at se dem i den helhed de indgår i, mens helheden tilsvarende forstås ud fra delene (Gadamer, 2007). Ydermere kan det udforskende subjekt, i Gadamer's udlægning, ikke adskilles fra det udforskede, dvs. at forskeren ikke er en neutral observatør, der står overfor den verden, der skal fortolkes, men han er selv en del af den (Juul, 2012b). Dette tager afsæt i Gadamer's forståelse af, at fordomme altid er tilstedeværende og et aktivt element i forståelsen af et fænomen (Fredslund & Dahlager, 2011). I den forbindelse kan begrebet forforståelse anvendes, til at omfatte alt hvad vi på forhånd ved eller tror om en given sag. Der er således ifølge Gadamer en gensidighed mellem forforståelse og forståelse, og derfor vil fremstilling af ny viden være præget af den forforståelse, vi anvender til forståelse (Fredslund & Dahlager, 2011). Således vil bl.a. projektets metodiske valg og inddragelse af teori have betydning for, hvilke resultater der fremstilles, og heraf hvilken forståelse, projektet opnår af partnerskaber med inddragelse af lokale borgere som strategi i sundhedsfremme.

5.1.2 Situation, horisont og forståelse som horisontsammensmeltning

Vores forforståelse opstår fra det, Gadamar refererer til som situationen. Dette er ståstedet for vores nuværende forståelse af et givet fænomen, og et resultat af f.eks. en persons historik, sociale baggrund, køn, uddannelse osv. (Fredslund & Dahlager, 2011). Ydermere anvendes begrebet horisont til at definere selve synsfeltets rækkevidde. Situationen bestemmer sammen med forforståelsen om vores horisonter tegner sig som snævre eller vidde, og da både forforståelsen og situation er foranderlig, vil også horisonten være dynamisk (Gadamar, 2007). Videnskabelig forståelse er ifølge Gadamar betinget af, at man sætter sig ind i den horisont, det undersøgte fænomen er et produkt af, dvs. at fænomenet skal forstås i sammenhæng med dets kontekst (Fredslund & Dahlager, 2011). Formålet er derfor ikke at finde bekræftelse for forudindtagede antagelser, men heller ikke at eliminere dem. Forforståelsen skal aktiveres i mødet med de nye erfaringer fra den sociale virkelighed, hvorved idealet er at skabe en horisontsammensmeltning og derved generere ny viden (Fredslund & Dahlager, 2011; Juul, 2012b). I dette speciale vil det derfor forsøges at bringe gruppens forforståelse i anvendelse, men samtidig at være åben for at lade sig belære og forstyrre af nye erfaringer. I forlængelse heraf vil der i den kvalitative analyse søges at opnå en horisontsammensmeltning mellem projektgruppen og de udvalgte aktører i casen, for således at få en dybere forståelse af fremmende og hæmmende faktorer i arbejdet med partnerskaber med lokale borgere.

5.2 Gruppens forforståelse

Som følge af det hermeneutiske afsæt og erkendelsen af, at forforståelsen er en aktiv og produktiv del af forskningsprocessen, må forskerens forforståelse bevidstgøres (Fredslund & Dahlager, 2011). Formålet med at beskrive forforståelsen er at efterleve metodekravet om transparens, da en beskrivelse vil gøre det muligt for læseren at vurdere, hvorledes gruppens forforståelse har påvirket selve forskningsprocessen (Juul, 2012b). At bevidstgøre og udlægge hele ens forforståelse anses imidlertid som et ideal, der er svært at realisere (Fredslund & Dahlager, 2011). I dette projekt betragtes problemanalysen som vores analytiske forforståelse, der tydeliggør vores bevægelse frem mod problemet og udgør hermed de forforståelser, som har været på spil i relation til formuleringen af problemstillingen. Den teoretiske forforståelse består af projektets teorivalg, som vil beskrives i følgende afsnit.

6. Teoretisk referenceramme

I dette afsnit redegøres for projektets forståelse af partnerskaber og borgerinddragelse. Yderligere beskrives politolog Robert Putnams teori om social kapital. Dette gøres med henblik på at tydeliggøre projektets teoretiske referenceramme, da denne udgør en del af projektets forforståelse, og vil anvendes til at analysere den indsamlede empiri.

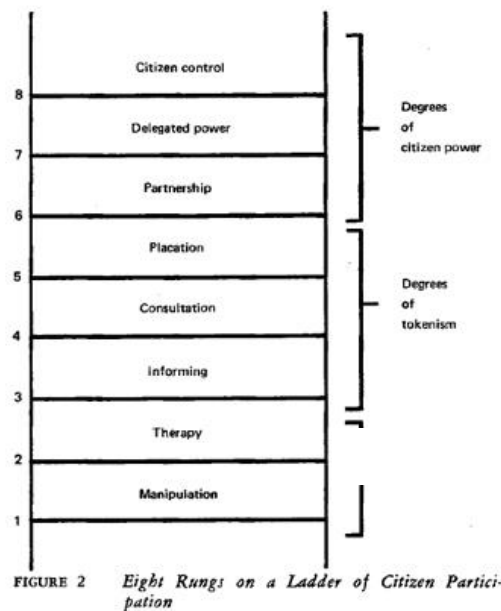
6.1 Specialegruppens forståelse af partnerskaber og borgerinddragelse

Et samarbejde mellem borgere, civilsamfund, erhvervsliv og offentlige indsatser kan betegnes med adskillige begreber, herunder partnerskaber, samskabelse og samproduktion (Socialstyrelsen, 2017). Som beskrevet i problemanalysen er specialets fokus på partnerskaber med lokale borgere. Der kan dog forekomme en del overlap mellem definitionerne på partnerskaber og samskabelse, når omdrejningspunktet er borgerinddragelse. Ofte defineres samskabelse netop som en samarbejdsform, hvor borgerne involveres og inddrages (Socialstyrelsen, 2017). Andre steder fremgår det, at partnerskaber også er en fremgangsmåde, som søger at involvere borgere (Lowndes & Sullivan, 2004), hvilket derved illustrerer et overlap mellem definitioner af partnerskaber og samskabelse. Partnerskaber kan i forlængelse heraf betragtes som et højt niveau af borgerinddragelse (Arnstein, 1969; Cyril et al., 2015). Hvilke niveauer, der findes for borgerinddragelse, vil blive gennemgået yderligere nedenfor.

I dette speciale anses partnerskaber som et samarbejde, der både kan foregå mellem forskellige organisationer og sektorer, samt med inddragelse af lokale borgere, således at disse indgår som en partner. Det beskrevne overlap mellem denne operationalisering og samskabelse har haft betydning ift. projektets dataindsamling, særligt den systematiske litteratursøgning, som derfor vil anvende begreber med relation til både partnerskaber, samskabelse og samarbejde.

6.1.1 Borgerinddragelse og top-down vs. bottom-up

For at borgerinddragelse når et niveau, hvor det kan kaldes for et partnerskab, kræver det som ovenfor beskrevet en høj grad af borgerinddragelse. Dette kan illustreres af deltagelsesstigen, som oprindeligt er udviklet af Sherry R. Arnstein, og ses i figur 2.



Figur 2 Deltagelsesstigen af Arnstein (1969)

Ud fra deltagelsesstigen inddeles graden af deltagelse i otte trin. Som figur 2 markerer, bliver de to nederste trin (manipulation og terapi) anset for at være ikke-deltagelse, idet der her ikke indgår reel deltagelse af borgere, men i stedet er der fokus på at uddanne og behandle borgerne, uden at de er en del af planlægningen eller med til at levere interventionen. På trin 3, 4 og 5 (information, konsultation og forsoning) er deltagelsen symbolsk, idet borgerne bliver hørt, men dette medfører ikke nødvendigvis ændringer, da borgerne ikke selv har magten og mulighederne for at gøre noget ved deres synspunkter (Arnstein, 1969). Trin 6, 7 og 8 (partnerskab, delegeret magt og borgerkontrol) viser forskellige former for borgermagt, med en stigning i borgernes andel i beslutningstagning, således at beslutningstagningen er næsten helt eller fuldstændig uddelegeret til borgerne (Arnstein, 1969).

Denne model er en simplifikation, idet der kan forekomme forskellige variationer af inddragelse, men den er med til at illustrere, at der findes forskellige former for inddragelse, ligesom graden af inddragelse stiger, jo højere man kommer op ad trinnene (Arnstein, 1969).

Udover at se på niveauer af borgerinddragelse, kan der skelnes mellem en bottom-up og en top-down styret tilgang til inddragelse af borgere, hvilket er relevant for at kunne analysere hvordan partnerskabet er organiseret og hvor meget lokalsamfundet og borgerne har været inddraget i projektet. I en top-down tilgang vil problemerne, som der skal ageres på, blive defineret af en aktør uden for lokalsamfundet, ligesom der vil være en lav grad af kontrol og ejerskab i lokalsamfundet. På den anden side vil en bottom-up tilgang lægge definitionen af problemerne ud til lokalsamfundet, og der vil være en høj grad af lokalsamfunds kontrol og ejerskab. Herudover vil den udefrakommende aktør tilpasse sin rolle til lokalsamfundets behov (Laverack & Labonte, 2000). Der kan argumenteres for, at bottom-up og top-down tilgange kan integreres med hinanden, således at der arbejdes hen mod bestemte mål, mens der samtidig er en orientering imod inddragelse af lokalsamfundet (Laverack & Labonte, 2000).

6.2 Social kapital teori

Social kapital kan have en betydning for hvilke aktiviteter og tiltag, det er muligt at gennemføre i et lokalsamfund. Social kapital kan anses både som et produkt af deltagelse og inddragelse, men også som en forudsætning for disse (Campbell, Cornish, & McLean, 2004). Da fokus i projektets problemformulering går på at fremme sundhedsinitiativer, vil der i analysen hovedsagelig være fokus på social kapital som et middel til sundhedsfremme.

Begreber fra teori om social kapital kan som analytisk redskab anvendes til at få et indblik i hvilke former for social kapital, der er tilstede i det udvalgte lokalområde, som udgør projektets case. Derigennem muliggøres det at påpege, hvordan disse former for social kapital kan fremme eller hæmme lokalt tilpassede sundhedsinitiativer.

Begrebet social kapital kan anskues ud fra flere forskellige retninger, som hver især lægger vægt på forskellige aspekter. I dette speciale tages udgangspunkt i politolog Robert Putnams (Putnam) definition af social kapital, og begreberne bonding og bridging, idet disse begreber muliggør at behandle social kapital på lokalsamfundsniveau. Disse begreber vil således anvendes til at få en dybere forståelse for ressourcer og begrænsninger i lokale netværk, der kan have betydning for partnerskaber i udsatte lokalsamfund.

6.2.1 Putnams teori om social kapital

Putnam definerer social kapital således:

”Social capital here refers to features of social organization, such as trust, norms, and networks, that can improve the efficiency of society by facilitating coordinated actions” (Putnam, Leonardi, & Nanetti, 1993) s. 167

Social kapital skabes dermed, når mennesker indgår i sociale relationer og organisationer, igennem fælles normer og forpligtelser, som holder grupperne sammen. Tillid og netværk er derved centrale elementer, og disse fungerer som sammenhængskraft i samfundet (Hansen & Petersen, 2013).

Putnam beskriver, hvorledes social kapital i et lokalsamfund bl.a. kan måles på graden af tillid, foreningsengagement, frivilligt arbejde, almindelig selskabelighed med venner og familie, graden af deltagelse i samfundets sociale, kulturelle og politiske aktiviteter, samt engagement i lokale projekter (Hansen & Petersen, 2013).

Ifølge Putnam vil en højere grad af tillid i et samfund bl.a. føre til øget deltagelse i det lokale liv (Putnam, 2000). Putnam understreger, at hans begreb om tillid omhandler det, han kalder social tillid, dvs. tillid i relationerne mellem mennesker, frem for at omhandle tillid til regeringen eller andre sociale institutioner. Disse er desuden uafhængige af hinanden, idet man godt kan have den ene form for tillid, samtidig med at man ikke har den anden form (Putnam, 2000).

Tillid knyttes desuden hos Putnam til begrebet om *generaliseret gensidighed*, hvilket Putnam betegner som en essentiel del af social kapital (Putnam, 2000). Generaliseret gensidighed dækker over, at man kan gøre noget for hinanden, uden at have en forventning om at få noget tilbage, hvilket bunder i en tro på, at man vil få noget tilbage på et senere tidspunkt (Putnam, 2000). Dette relaterer sig desuden til begrebet omkring normer, som også indgår i Putnams definition af social kapital, idet den generaliserede gensidighed er den vigtigste norm (Rosenmeier, 2007).

Som det også fremgår i definitionen er netværk et centralt element, og Putnam betegner idéen om, at sociale netværk har værdi, som en kerneantagelse inden for teorien om social kapital (Putnam, 2000). I relation til dette beskriver Putnam de formelle netværk, såsom deltagelse i civile organisationer, men fremhæver samtidig at uformelle relationer med venner, familie og bekendte er meget hyppigere (Putnam, 2000). I den forbindelse omtaler han begreberne *machors* og *schmoozers*. Machors refererer til personer, der får ting til at ske, og som i højere grad er involveret i formelle aktiviteter, mens schmoozers indgår i mere uformel social aktivitet og kontakt (Putnam, 2000). Herudover er der en socioøkonomisk forskel på machors og schmoozers, idet machors ofte har højere uddannelse og indkomst, mens der på tværs af forskellige socioøkonomiske grupper kan forekomme uformelle sociale relationer, som kendetegner schmoozers (Putnam, 2000).

Putnam opdeler social kapital i forskellige typer, henholdsvis bonding sociale kapital (på dansk refereret til som afgrænsende) og bridging social kapital (på dansk refereret til som brobyggende (Agger, 2017; Sund & Krokstad, 2012). Disse kan belyse, hvorledes et netværk kan virke in- eller ekskluderende (Agger, 2017).

Bonding social kapital

Bonding social kapital skabes via horisontale sociale relationer og normer mellem individer, der ligner eller identificerer sig med hinanden, dvs. en homogen gruppe, f.eks. familiemedlemmer, folk med samme interesser og nære venner. Disse netværk udvikles ved at skabe stærke bånd indadtil (Agger, 2017; Sund & Krokstad, 2012), og bidrager med social støtte og solidaritet, men samtidig er der risiko for, at personer lukker sig ind mod netværket, og der skabes fjendtlighed udadtil (Putnam, 2000). Således har bonding social kapital primært fokus på individets potentiale til at kunne mobilisere ressourcer gennem netværket og ikke ud af netværket (Rosenmeier, 2007).

Bridging social kapital

Bridging social kapital skabes i modsætning til bonding social kapital i netværk, som udvikles gennem mindre stærke bånd (Putnam, 2000). Bridging social kapital har stor betydning for sammenhængskraften i lokalsamfund, idet den kan skabe gensidig tillid inden for perifere netværk og relationer (Agger, 2017). Som eksempler på de sociale dimensioner, som bridging kan foregå over, nævner Putnam bl.a. sociale klasser, etnicitet, geografi, køn og alder. Desuden fremhæver han, at der på samme tid kan ske bonding ift. nogle sociale dimensioner, og bridging ift. andre, hvilket betyder, at den ene form ikke udelukker den anden (Putnam, 2000).

De to former for social kapital knytter sig således til bestemte former for relationer. Bonding social kapital er nødvendig for at skabe solidaritet og sammenhængskraft internt i en gruppe, og bridging social kapital er afgørende for at en gruppe får ny viden, og derved kan udvikle sig (Putnam 2000).

7. Casestudie

I det følgende afsnit præsenteres specialets design, samt den udvalgte kommunale partnerskabs-case, der danner grundlag for indsamling af empiri.

7.1 Casestudie design

Ud fra specialets problemfelt findes anvendelsen af et casestudie egnet som projektets forskningsdesign. Der tages afsæt i sociolog Robert K. Yins definition af casestudie, der lyder som følger:

A casestudy is an empirical inquiry that investigates a contemporary phenomenon (the "case") in depth and within its real-world context, especially when the boundaries between phenomenon and context may not be clearly evident."(Yin, 2014) s. 16 l. 20

Et casestudie har således til hensigt at undersøge et fænomen i den sociale kontekst, hvori fænomenet udfolder sig, og designet anses derfor som relevant, når der antages at være en sammenhæng mellem fænomenet og konteksten (Yin, 2014). Casestudie som design vurderes derfor egnet til besvarelse af specialets problemformulering, da der er fokus på partnerskabsprojekter i konteksten af lokalsamfund. Casestudie som design tillader en åbenhed overfor ny viden, som ikke har været overvejet ved projektstart, og ydermere er designet særligt egnet til at indfange sociale processer, såsom gennemførelser af indsatser (Launsø, Olsen, & Riper, 2011). Dette understøtter designets velegnethed til at undersøge hvilke faktorer, der har betydning for om partnerskaber med lokale borgere kan fremme sundhedsinitiativer, som imødekommer borgere i udsatte lokalområder.

7.2 Casetype og valg af case

Specialet tager afsæt i den teorifortolkende casetype. Dette gøres på baggrund af specialets hermeneutiske tilgang, hvorved forforståelsen, herunder de teoretiske antagelser, anvendes i genereringen af empiri. Den teorifortolkende casetype har til formål at generere ny empirisk viden med afsæt i teori (Antoft & Salomonsen, 2007).

Case-udvælgelsen er foretaget på baggrund af uformelle samtaler med projektlederen for den udvalgte kommunale indsats. Han beskrev den udvalgte case som en best case af de tre mulige i kommunen. Hvis der tvivles på omfanget af fænomenet, der skal undersøges, kan der med fordel vælges en best case, da en best case vil maksimere informationsmængden (Antoft & Salomonsen, 2007; Flyvbjerg, 2010). I dette speciale blev det således anset nødvendigt at udvælge et område, hvor etableringen af partnerskaber er effektueret, for således at give det mest nuancerede indblik i det fænomen, der ønskes belyst, idet problemformuleringen tilstræber at besvare både hæmmende og

fremmende faktorer for partnerskaber. Der er derved fravalgt to andre områder, hvor partnerskabsstrategien ifølge projektlederen er effektueret i mindre grad end i det valgte område.

7.3 Præsentation af den anvendte case

Specialets case udgøres af en nordjysk kommunes partnerskabsprojekt. Casen er blevet anonymiseret af mikroetiske hensyn, og lokalsamfundet er blevet anonymiseret med et X i f.eks. interviewguiderne.

Viden om selve organiseringen af projektet kommer fra et ansøgningsskema til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, samt uformelle samtaler med den kommunale projektleder, der har fungeret som ”gatekeeper”.

Ifølge den nordjyske kommunes sundhedspolitik 2014-2017 er øget lighed i sundhed et gennemgående mål i alle kommunens indsatsområder. Ydermere beskrives samarbejde med lokalsamfundet som et bærende princip i sundhedspolitikken. Med afsæt i dette blev partnerskabsprojektet iværksat som et modelprojekt, finansieret via puljemidler fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (nu Sundheds- og Ældreministeriet), for således at sikre et bæredygtigt fokus på sundhed i de nærliggende yderområder. Dette modelprojekt skulle ydermere videregive ”værktøjer”, der gør det nemmere for andre at opstarte et partnerskab. Partnerskabsprojektet havde til hensigt at mindske ulighed i sundhed ved at formidle sundhedstilbud til yderområderne, hvor flere udenfor arbejdsmarkedet bor. Kommunen har ikke tidligere haft fokus på sundhed i yderområderne og de forskellige lokalsamfund, idet sundhedstilbuddene har været centraliseret i den største by i kommunen.

Kommunen er blandt de kommuner i Danmark med flest borgere, der har grundskole som højeste gennemførte uddannelse, og de borgere, der bor i kommunens yderområder, er sammenlignet med borgere i kommunens større byer oftere uden for arbejdsmarkedet. Partnerskabsprojektet havde fokus på tre lokalområder, der er placeret længst fra den største by i kommunen, og samtidigt har borgerne i disse områder det laveste uddannelsesniveau i kommunen. Der tages i dette speciale udgangspunkt i et partnerskab mellem kommunen og lokale borgere i det sidst igangsatte område med ca. 2500 indbyggere, ud fra begrundelsen om, at partnerskabet var effektueret mest her.

Partnerskabet bestod af repræsentanter fra kommunens sundhedsafdeling og et lokalt sundhedsråd, der blev nedsat i forbindelse med projektet, bestående af lokale ildsjæle. Formålet med Sundhedsrådet var at skabe fokus på og dialog om sundhed, øge kendskabet til allerede eksisterende tilbud i lokalområdet, samt genere ideer til nye tilbud og aktiviteter ud fra de lokales behov, for herigennem at skabe øget deltagelse i sundhedstilbud. Ydermere skulle der i hvert område uddannes lokale vægtstop- og rygestopinstruktører, som skulle opstarte og afholde hold i hver deres område, hvilket der

har været søgt økonomiske midler til. Derudover er de afsatte midler blevet anvendt til afholdelse af et kickoff møde, hvor borgerne skulle gøres opmærksomme på projektets opstart. Udover dette har der ikke været midler til at støtte op omkring Sundhedsrådets yderligere indsatser.

I det følgende afsnit vil visionerne bag dette partnerskabsprojekt blive visualiseret i en programteori, for således at synliggøre antagelserne bag hvordan projektet kan fremme sundhedsinitiativer i lokalområdet, samt for at skabe en ramme for den empiriske undersøgelse af partnerskabsprojektet.

8. Programteori som ramme for dataindsamling og analyse af casen

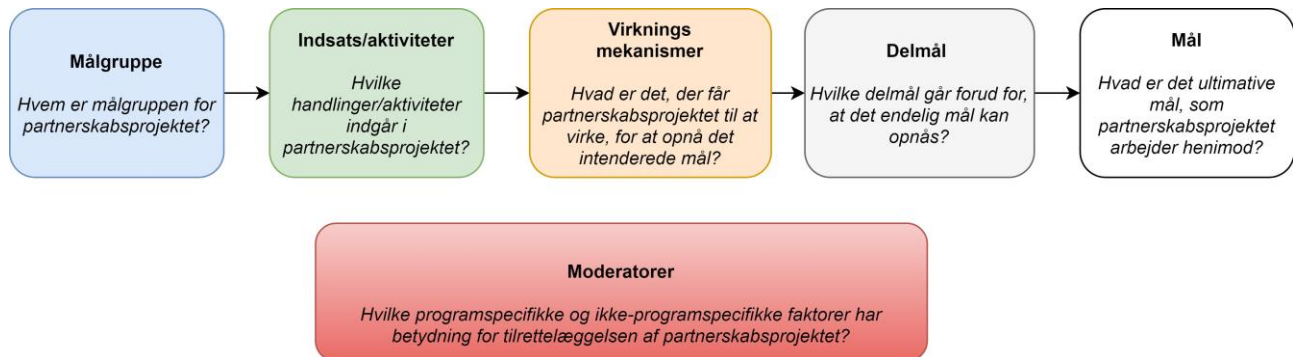
Programteorien indeholder antagelser om, hvordan partnerskabet med lokale borgere har en indvirkning på bedre tilpasning og øget deltagelse i sundhedsaktiviteter, for derigennem at reducere den sociale ulighed, hvilket som beskrevet i casebeskrivelsen er målene for partnerskabsprojektet. Programteorien er opbygget på baggrund af uformelle samtaler med projektlederen, projektbeskrivelsen for partnerskabsprojektet, samt beskrivelsen af partnerskaber fra sundhedspolitikken *Sundere liv for alle*.

En programteori illustrerer, hvad der skal gøres i en indsats, samt hvordan en indsats formodes at virke for at opnå sine mål, og kan indeholde en handlingsteori og en forandringsteori (Chen, 2015). Dette projekt tager udgangspunkt i begreber, som relaterer sig til hhv. forandringsteori og handlingsteori, idet handlingsteorien er en forudsætning for, at processerne i forandringsteorien kan igangsættes (Chen, 2015).

Overordnet set viser en forandringsteori, hvad der skaber forandring frem mod indsatsens mål, hvor *virkningsmekanismer* som et centralt begreb er det der forklarer, hvordan målet opnås. En handlingsteori omhandler til gengæld det, som skal gøres, for at få interventionen til at ske (Chen, 2015). Her er *moderatorer* et begreb, som kan anvendes til at illustrere faktorer, der har betydning for udførelse af indsatsen, altså indsatsens handlinger og dermed handlingsteorien. Disse kan inddeles i hhv. programspecifikke og ikke-programspecifikke faktorer, hvilket dækker over, hvorvidt det er muligt at påvirke faktorerne ift. tilrettelæggelse af indsatsen (program-specifikke) eller ej (ikke-programspecifikke) (Funnell & Rogers, 2011).

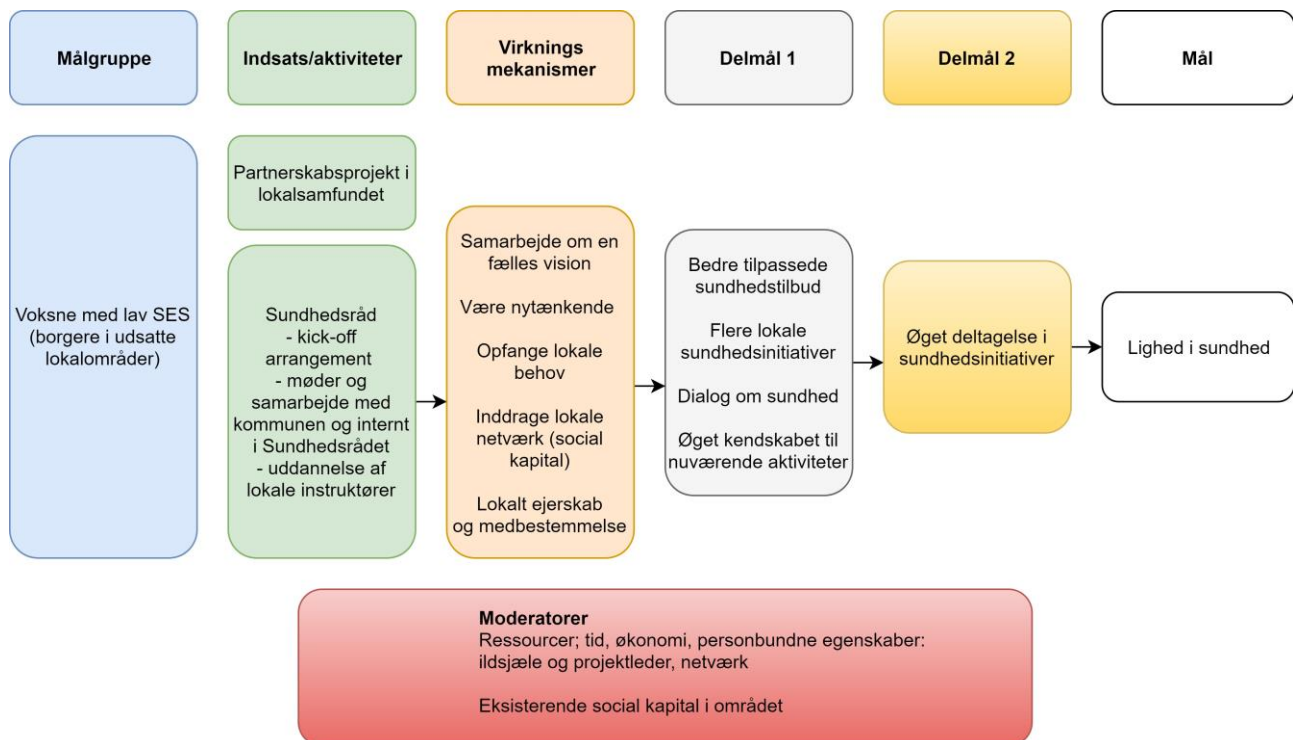
Da dette speciale netop afsøger faktorer, der har betydning for, om et partnerskab mellem kommune og lokale borgere kan fremme sundhedsinitiativer, som et led i at imødekomme borgere i et udsat lokalområde og dermed øge deltagelsen i sundhedsaktiviteter, vurderes det som centralt at have fokus på virkningsmekanismer og moderatorer, for på baggrund heraf at kunne udlede hæmmende og fremmende faktorer med betydning for partnerskabets realisering og resultater.

Nedenfor er illustreret hvorledes programteorien i dette speciale er opbygget, med forklaringer på hvad de forskellige kategorier indebærer:



Figur 3 Illustration af opbygning af programteorien

Ud fra denne skabelon er nedenstående programteori for partnerskabsstrategien i casen blevet udarbejdet:



Figur 4 Programteori over partnerskabsprojektets vej til øget deltagelse i sundhedsinitiativer og mere lighed i sundhed

Kategorierne i programteorien vil blive uddybet i det følgende afsnit.

8.1 Specialets programteori

Målgruppe

Målgruppen for partnerskabsprojektet er borgere i lokalområdet, men med et særligt fokus på borgere med lav SES, idet den overordnede målsætning, som ovenfor beskrevet, er at reducere social ulighed i sundhed.

Indsats/aktiviteter

Indsatsen kan anskues som værende selve partnerskabsprojektet, som er udmøntet i et Sundhedsråd, med forskellige ildsjæle fra lokalområdet. Disse skulle bl.a. stå for at arrangere et kick-off arrangement, have møder med kommunen, foretage lokal borgerinddragelse, samt medvirke til udvælgelsen af lokale instruktører.

Virkningsmekanismer

De formodede virkningsmekanismer bag partnerskaber er ifølge sundhedspolitikken, at der er en fælles vision mellem samarbejdspartnerne, at partnerskabet er nytænkende i måder hvorpå sundhed kan tænkes, samt at nærmiljøet skal inddrages for at skabe lokalt ejerskab (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). I tillæg hertil fremgår det af den nordjyske kommunes projektbeskrivelse for partnerskabet, at der er fokus på at opfange lokale behov, samt at inddrage lokale ressourcer og civilsamfundet gennem Sundhedsrådet.

Mål og delmål

I partnerskabsprojektet fremgår lighed i sundhed som det endelige og overordnede mål med projektet, mens øget deltagelse i sundhedsinitiativer kan anses som et delmål hertil, og bedre og flere lokale sundhedsinitiativer, som er tilpasset lokalbefolkningen, er et delmål til øget deltagelse. Øvrige delmål er jf. projektbeskrivelsen dialog om sundhed og øget kendskab til nuværende aktiviteter.

Moderatorer

Programspecifikke faktorer henviser til forhold, som det i høj grad er muligt at influere af dem som tilrettelægger indsatsen, f.eks. ressourcer, såsom økonomi og personale (Funnell & Rogers, 2011). Ikke-programspecifikke faktorer er til gengæld uden for kontrol for tilrettelæggerne af indsatsen, men fortsat faktorer med betydning for indsatsen. Disse kan f.eks. være politiske prioriteringer, andre indsatser, og karakteristika ved målgruppen (Funnell & Rogers, 2011).

Formodede moderatorer er ikke ekspliciteret i projektbeskrivelsen for partnerskabsprojektet, men på baggrund af de ovenfor beskrevne kategorier om faktorer med mulig betydning, kan det antages, at ressourcer fra hhv. kommunen og lokalsamfundet kan have en betydning, i form af økonomi, tid, netværk og personbundne faktorer hos medarbejdere og ildsjæle, idet inddragelsen af lokale borgere bl.a. antages at kunne skabe bedre adgang til de øvrige beboere i lokalsamfundet.

Eksisterende social kapital i området kan jf. afsnit 6.2 ligeledes tænkes at være en mulig moderator.

Med afsæt i programteorien ønskes det at undersøge om og hvorledes partnerskabet i den nordjyske kommune kan bidrage til at fremme sundhedsinitiativer, som et led i at øge deltagelsen blandt borgere i udsatte lokalsamfund.

Kategorierne fra programteorien blev anvendt til inspiration for udarbejdelsen af interviewguiden, samt til analysen af det empiriske materiale. På baggrund heraf kan det belyses, hvordan faktorerne har udspillet sig i den konkrete case, for at opnå en forståelse for hæmmende og fremmende faktorer.

9. Metoder til dataindsamling og bearbejdning

I det følgende afsnit beskrives metoder anvendt til dataindsamling. Disse består i hhv. interviews, som skal belyse erfaringer med partnerskaber fra den konkrete case, samt en systematisk litteratursøgning, der skal afdække eksisterende litteratur på området.

9.1 Semistrukturerede interviews

I dette speciale er semistrukturerede individuelle interviews anvendt til indsamling af empiri.

I det kvalitative interview er formålet at indfange interviewdeltagernes synspunkter og oplevelser, for at forstå verden ud fra disse, samt at opnå en viden om hvordan mennesker fortolker egne og andres handlinger og oplevelser (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det kvalitative interview kan desuden anvendes til beskrivelse og analyse af processer og forløb, som er foregået individuelt eller i grupper (Christensen, Nielsen, & Schmidt, 2011).

Med afsæt i specialets problemformulering og hermeneutiske tilgang søges det at forstå fremmende og hæmmende faktorer for partnerskaber, ud fra lokale og kommunale partners perspektiv. Kvalitative interviews med aktører fra en konkret case findes derfor relevante til besvarelse af problemformuleringen.

I det følgende afsnit redegøres først for udvælgelsen af informanter til interviews, og dernæst hvordan interviewene blev udført og efterfølgende bearbejdet.

9.1.1 Udvalgelse af informanter

I dette projekt blev strategisk udvælgelse (*purposeful selection*) valgt som metode til udvælgelse af informanter. Purposeful selection tager afsæt i, at informanter på strategisk vis udvælges, for således at sikre, at de besidder egenskaber, som anses nødvendige for at bidrage til en dybdegående besvarelse af problemstillingen (Malterud, 2013; Maxwell, 2005; Thagaard, 2004). I dette projekt var det et ønske at opnå en maksimal variation blandt informanterne. Formålet med maksimal variation er at sikre, at resultater baseres på et bredt spektrum indenfor målgruppen/casen (Maxwell, 2005). Et strategisk valg med vægt på variation fremfor homogenitet giver mulighed for at beskrive flere nuancer af samme fænomen og producere mere data til udvikling af nye antagelser (Malterud, 2013). Dette blev derfor set som værende anvendeligt i henhold til projektets formål, hvor der både ønskes indsigt i fremmende og hæmmende faktorer.

Med afsæt i ovenstående blev det således forsøgt, at informanterne skulle repræsentere flere led i partnerskabsstrategien – herunder aktører fra kommunen (projektleder) og Sundhedsrådet. Ydermere blev der ønsket variation i forhold til geografi indenfor lokalområdet og køn, da denne information var tilgængelig, og der var en formodning om, at disse faktorer kunne have en betydning for nuanceringsgraden.

Projektlederen i den konkrete case fungerede som gruppens gatekeeper, ved at give adgang til kontaktoplysninger på medlemmer i Sundhedsrådet. Alle ni medlemmer i Sundhedsrådet fik tilsendt en mail, hvor de blev inviteret til at deltage i et interview (bilag 6). Fire svarede ja, en var på barsel, en svarede at personen ikke syntes, hun vidste nok om projektet og tre svarede aldrig tilbage. For at få flere informanter til interviews blev medlemmer af Sundhedsrådet, som ikke havde besvaret mailen, kontaktet telefonisk. Ikke alle informanter var mulige at komme i kontakt med, men kontakten resulterede i én yderligere informant, således at der i alt blev rekrutteret fem informanter fra Sundhedsrådet samt projektlederen.

9.1.2 Interviewguide

I et semistruktureret interview er der på forhånd definerede temaer og forslag til spørgsmål, men samtidig bevares en åbenhed overfor ændringer undervejs, således at det er muligt at følge op på udsagn fra interviewdeltagerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Der blev udarbejdet to interviewguides, en til et interview med projektlederen og en til interviews med medlemmer af Sundhedsrådet (bilag 1+2). Interviewguides kan betragtes som et afsæt for interviewer, og ikke en stringent opskrift, således at informanternes svar og fortællinger kan forfølges (Kvale & Brinkmann, 2015). I udformningen af interviewguiden blev der, med inspiration fra Kvale og Brinkmann, taget højde

for, at der både er en tematisk og en dynamisk dimension ved interviewspørgsmålene. Den tematiske del omhandler vidensproduktion, mens den dynamiske del omhandler det interpersonelle samspil (Kvale & Brinkmann, 2015). Der skal ved formuleringen af spørgsmål tages højde for begge disse dele, for at sikre at der indsamles relevant viden, som bl.a. tager afsæt i de teoretiske opfattelser af problemfeltet, samtidig med at der er et godt interviewsamspil og relation mellem interviewdeltageren og interviewerens (Kvale & Brinkmann, 2015). Udvalgte temaer og forskningsspørgsmål tog således afsæt i problemformuleringen, samt den udviklede programteori og teorien om social kapital. Med afsæt i Kvale og Brinkmann blev disse temaer og forskningsspørgsmål operationaliseret ned til mindre abstrakte interviewspørgsmål, som præsenteres i et kort og præcist hverdagsprog, så de opfattes som forståelige af informanterne (Kvale & Brinkmann, 2015).

De overordnede temaer for interviewguiden var lokal kontekst, samarbejde og partnerskabet i praksis, initiativer og deltagelse, samt netværk og lokale behov. Social kapital teori var indlejret på tværs af temaerne, f.eks. i følgende spørgsmål fra interviewguiden til Sundhedsrådet: *"Hvordan vil du beskrive det lokale liv i lokalområdet?"* og *"Hvordan bruger du dit kendskab til området?"*, der er tiltænkt som en indgang til at afdække eksistensen af social kapital i lokalområdet, samt hvordan medlemmer af Sundhedsrådene agerer ift. deres kendskab og netværk i området.

9.1.3 Udførelse af interview

Interviewene blev udført af to af gruppens medlemmer, hvor den ene tog de tre første interviews og den anden to de tre sidste. Dette blev gjort ud fra en betragtning om, at der for disse to gruppemedlemmer ville være mest læring i at udføre interviews, da det tredje gruppemedlem allerede havde opnået stor erfaring med interviews gennem tidligere projekter.

Ved alle interviews var der også en observatør til stede, som havde mulighed for at supplere med opfølgende spørgsmål, efter endt interview. Dette blev gjort for at sikre, at interviewet blev fyldestgørende ift. interviewguiden.

Under interviewet blev det forsøgt at skabe meningsafklaring af interviewdeltagernes udsagn, for at skabe et bedre udgangspunkt for den efterfølgende analyse. Med inspiration fra Kvale og Brinkmanns spørgsmålstyper (Kvale & Brinkmann, 2015), blev der stillet sonderende eller fortolkende spørgsmål. Der blev eksempelvis lagt vægt på at få informanterne til at komme med eksempler, samt opfordret til uddybninger af svar, for at sikre en mere dybdegående analyse.

Interviewerne benyttede yderligere aktiv lytning (Kvale & Brinkmann, 2015), såsom et "nik" eller "hmm", hvorved informanterne var mere tilbøjelige til at gå i detaljer med deres besvarelser.

Forud for selve interviewene blev interviewguiden pilottestet af projektgruppen. Et pilotinterview kan bidrage med at forbedre spørgeguiden gennem revidering (Christensen et al., 2011). I dette speciale blev der ikke udført et egentligt pilotinterview, men i stedet blev interviewguiden testet ved at to af gruppens medlemmer stillede spørgsmålene fra interviewguiden til en person i deres omgangskreds, som gav feedback på forståelsen af spørgsmålene. Herefter blev interviewguiden tilrettet.

Et udsnit af interviewguiden til Sundhedsrådet med eksempler på tema, forskningsspørgsmål og enkelte interviewspørgsmål og tilhørende opfølgende spørgsmål fremgår af nedenstående tabel 2, mens den fulde interviewguide med samtlige forslag til opfølgende spørgsmål samt briefing og debriefing fremgår af bilag 1 og 2.

TEMA	FORSKNINGS-SPØRGS-MÅL	INTERVIEW-SPØRGS-MÅL	OPFØLGENDE SPØRGS-MÅL
Initiativer og deltagelse	Hvordan er det lykkedes med at fremme sundhedsinitiativer i lokalsamfundet samt fremme deltagelsen blandt borgere i lokalsamfundet?	Hvordan har partnerskabsprojektet bidraget til mere sundhed for borgerne i lokalområde X? Hvilke initiativer og aktiviteter er iværksat på baggrund af sundhedsrådet? Hvorfor er netop disse aktiviteter iværksat?	Hvordan er de iværksat og hvem står for dem?
Netværk og lokale behov	Hvordan har lokale partnere brugt sit netværk og hvilken betydning har dette haft for sundhedsinitiativerne?	Hvordan har sundhedsrådet forsøgt at inddrage de øvrige lokale borgere i udviklingen af nye sundhedstilbud og aktiviteter i lokalområde X?	Hvad har virket godt/mindre godt? Hvorfor har dette virket godt/mindre godt?

Tabel 2: Udsnit af interviewguide til medlemmer af Sundhedsrådet

9.1.4 Settings for interview

Interviewet med projektlederen for projektet foregik af praktiske hensyn over Skype. Dette blev vurderet som en brugbar løsning, idet projektgruppen før interview situationen havde haft telefonisk kontakt med projektlederen flere gange, og idet projektgruppen havde anvendt Skype som internt kommunikationsværktøj. Det blev derfor vurderet, at der var et tilstrækkeligt kendskab til programmet samt dets muligheder og begrænsninger, til at kunne anvende det i en interviewsituation.

Interviews med medlemmer af Sundhedsrådet foregik i informanternes eget hjem, for at spare informanterne for transporttid, og idet projektgruppen ikke som udgangspunkt havde adgang til lokale

faciliteter. Derudover blev det formodet, at hjemmевante rammer kunne skabe tryghed og en afslappet atmosfære for informanterne.

9.1.5 Transskription

Interviewene blev optaget med diktafon, for at muliggøre en efterfølgende transskription. Transskription kan betragtes som en oversættelse med fortolkningskarakter, da der under konstrueringen fra det mundtlige til det skrevne sprog tages en række vurderinger og beslutninger. F.eks. kan tonefald, kropssprog og deraf også ironi gå tabt i oversættelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Der blev forsøgt transskriberet så ordret som muligt, og pauser, øh og betoning blev medtaget. Dette blev gjort med henblik på at være tro mod informanternes fortællinger og udsagn. For at ensrette og øge transparensen blev der opstillet transskriptionskonventioner med inspiration fra Kvale og Brinkman (Kvale & Brinkmann, 2015) (bilag 7).

9.1.6 Ethiske overvejelser

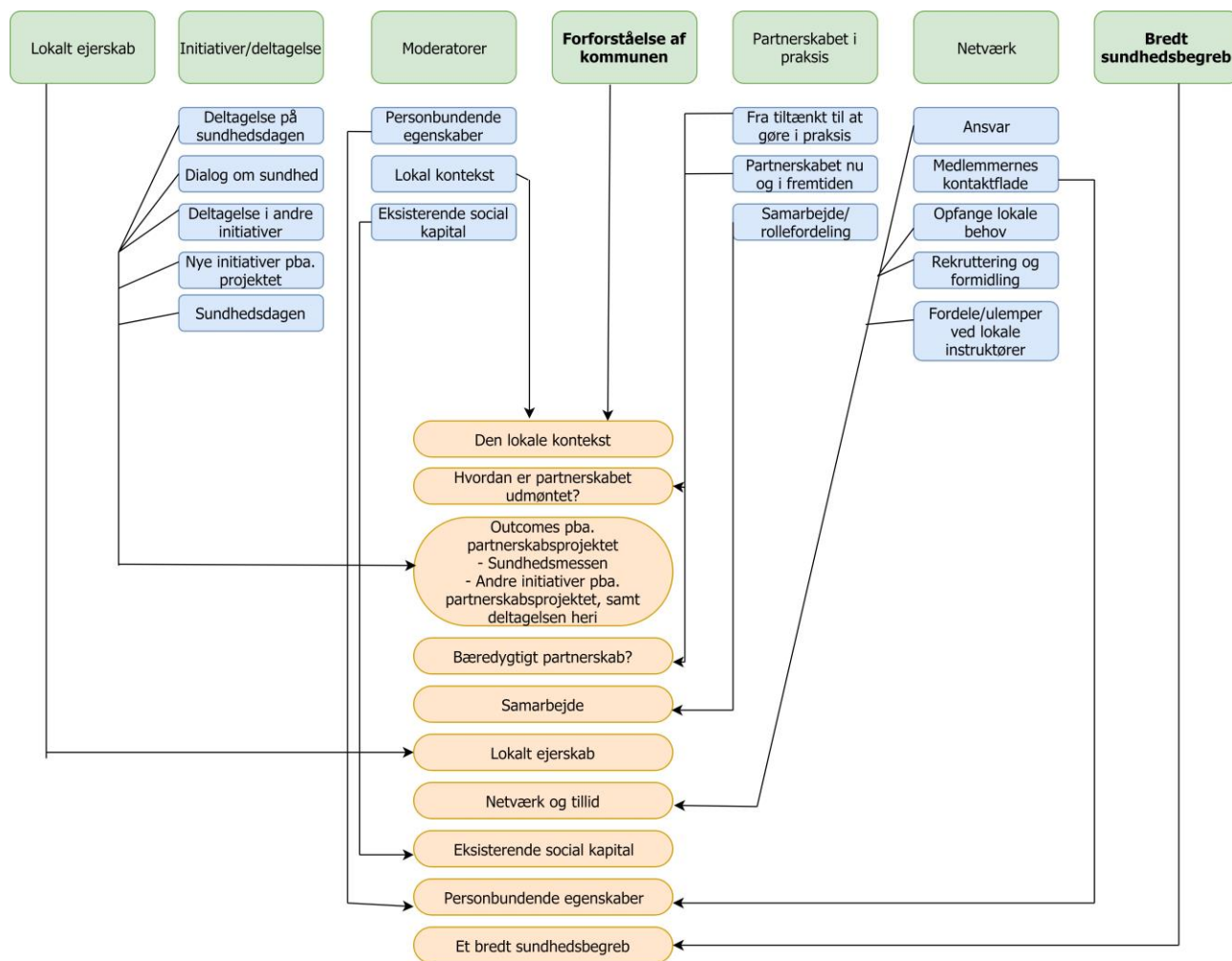
I forbindelse med udførelsen af kvalitative undersøgelser findes der en række etiske overvejelser, herunder mikroetik, som indebærer god varetægt af informanterne (Brinkmann, 2015). Studenterprojekter er undtaget anmeldelse til Datatilsynet, men de skal forsat følge Persondataloven og indhente informeret samtykke, for således at værne om informanternes integritet ved at beskytte fortrolige og personfølsomme oplysninger (Justitsministeriet, 2000). I forlængelse heraf, og for at imødekomme de mikroetiske problematikker, er der derfor indhentet informeret samtykke via skriftlige samtykkeerklæringer fra samtlige informanter (bilag 3).

Ydermere er informanter, kommune og lokalsamfund anonymiseret i både transskriptioner og selve projektet, således de ikke kan identificeres. Derudover blev lydoptagelsen opbevaret forsvarligt og slettet umiddelbart efter transskriberingen.

Ud fra et etisk synspunkt skal der desuden tages hensyn til forholdet mellem interviewer og informant. Et kvalitativt forskningsinterview indebærer et asymmetrisk magtforhold, hvor forskeren besidder en videnskabelig kompetence, stiller spørgsmålene og bestemmer hvilke svar, der følges op på (Brinkmann, 2015; Kvale & Brinkmann, 2015). Dette magtforhold er forsøgt reduceret særligt ift. interviews af repræsentanter fra Sundhedsrådet. Her blev bl.a. under briefing gjort klart, at der hverken var nogle rigtige eller forkerte svar, og interviewene blev udført i informanternes eget hjem, således de følte sig trygge.

9.2 Analysestrategi

Analysen af de kvalitative interviews tog udgangspunkt i en analysestrategi bestående af en dekontekstualisering og en rekontekstualisering. I en dekontekstualisering deles materialet op i mindre dele som nærstuderes, mens materialet i rekontekstualiseringen sættes sammen igen, for at se på sammenhænge og holde delene op imod helheden (Coffey & Atkinson, 1996; Fredslund & Dahlager, 2011). I dekontekstualiseringen blev materialet opdelt i mindre stykker ved hjælp af koder. Kodningen blev betragtet som en måde at sortere data på, samt at få et overblik over indholdet. Koder kan komme fra forskellige kilder, herunder teori eller nøglebegreber, og dermed være præget af en deduktiv tilgang, eller de kan opstå på baggrund af selve datamaterialet, og dermed en mere induktiv tilgang (Coffey & Atkinson, 1996; Olsen, 2002). Koderne i dette speciale blev fundet dels via programteorien og dels ved at gennemlæse alle transskriptionerne, hvorved der også blev dannet nye koder. Dermed er der til specialets analyse anvendt en blanding af en deduktiv og induktiv tilgang, også kaldet et analytisk strategisk mix jf. Henning Olsen (Olsen, 2002). Dette analytisk strategiske mix blev anvendt for ikke at blive låst fast i på forhånd definerede forestillinger om problemstillingen, således at der kunne holdes en åbenhed for, at datamaterialet kunne vise andre aspekter. Herefter blev der identificeret tekststykker/meningsbærende enheder i transskriptionerne, som relaterede sig til en, eller i nogle tilfælde flere koder. Efter denne sortering blev de meningsbærende enheder under hver kode gennemlæst og nye subkoder blev dannet under hver kode. Ved gennemlæsning af de meningsbærende enheder under subkoderne blev disse operationaliseret og justeret, hvorved nogle subkoder f.eks. blev slået sammen (Fredslund & Dahlager, 2011). Kodningen blev foretaget med softwareprogrammet NVivo, for at skabe et samlet overblik over materialet. I nedenstående figur 5 ses en grafisk illustration af kodningsprocessen, i form af et kodetræ.



Figur 5 Grafisk illustration af specialets kodetræ. De grønne kasser illustrerer koder til den indledende sortering, hvor koder med fed er nyopståede. De blå kasser illustrerer subkoder, og de orange kasser illustrerer endelige temaer, som anvendes i analysen.

I den efterfølgende rekontekstualiserings fase blev de meningsbærende enheder under hver kode gennemlæst, for at give et indtryk af både fællestræk og modsætninger på tværs af informanternes udsagn. Derudover blev teorien om social kapital inddraget, samt begreberne om partnerskaber og borgerinddragelse. Det er dermed i denne fase, at den hermeneutiske meningsfortolkning spiller ind, ved at datamaterialet betragtes i dets helhed og dets kontekst. Dette indebærer, at der f.eks. ses på sammenhængen mellem de enkelte interviews og alle interviews, samt inddrages teori til at analysere empirien med (Fredslund & Dahlager, 2011).

I analysen blev citater anvendt for at give eksempler på analysens fortolkninger. I citaterne er gentagelser og pauser udeladt, for at gøre dem mere læsevenlige. Derudover er de holdt korte og balance-rede, så de ikke fylder for meget i forhold til teksten, samt fortolkede, så det fremgår hvilke aspekter citaterne belyser jf. Kvale og Brinkmanns retningslinjer (Kvale & Brinkmann, 2015). I tillæg til

dette er der i parenteser i analyseteksten refereret til sidetal i transskriptionerne, for at kontekstualisere hvor fundene stammer fra.

9.3 Litteratursøgning

I det følgende vil projektets metode for litteratursøgning blive beskrevet. Videnskabelig litteratur inddrages med henblik på at finde foreliggende viden på området, og derved opnå en dybere og bredere viden omkring projektets problemstilling.

9.3.1 Indledende litteratursøgning

En indledende søgning anbefales for at finde et videnshul, der kan udgøre projektets problemstilling (Buus, Kristiansen, Tingleff, & Rossen, 2008). I den indledende fase blev der derfor foretaget en bred emnesøgning i forskellige databaser såsom PubMed og PsycNet, samt Sundhedsstyrelsens og kommunale hjemmesider. En bred søgning er velegnet, når problemet endnu ikke er veldefineret, og ydermere fås et større grundlag for identifikation af kernebegreber (Rienecker & Jørgensen, 2014). Denne indledende søgning bar præg af en bevidst tilfældig søgning, hvor referencer blev fuldt for at skabe inspiration (Rienecker & Jørgensen, 2014).

Yderligere blev der som beskrevet i problemanalysen gennemført en systematisk litteratursøgning for at opnå en forståelse af årsager til ikke-deltagelse i sundhedstilbud. Denne søgning uddybes ikke nærmere her, da den ikke ligger til grund for specialets resultater, men er illustreret i en forsimplet søgeprotokol (bilag 5).

9.3.2 Systematisk litteratursøgning

En systematisk litteratursøgning består af tre faser; en søgestrategi, selve søgningen og den kritiske læsning (Frandsen, Dyrvig, Christensen, Fasterholdt, & Oelholm, 2014). Til projektet er der derfor indledningsvis udarbejdet en søgestrategi. Dette er med til at sikre en ensartet og systematisk søgning i alle databaser (Buus et al., 2008). Denne er vedlagt og forsøgt udarbejdet transparent, for at øge reproducerbarheden (bilag 4).

Som søgestrategi blev der anvendt bloksøgning med inspiration fra PICO-modellen (Buus et al., 2008). En bloksøgning giver struktur til den systematiske søgning. Herunder anvendes den boolske operator OR til at finde foreningsmængden dvs. at udvide hver enkelt blok, mens den boolske operator AND bruges til at kombinere blokkene og dermed indsnævre søgningen og gøre den mere præcis (Buus et al., 2008). Ud fra problemformuleringen blev der fundet frem til tre facetter, som udgør blokkene i søgningen. Facetterne var henholdsvis; borgere med lav SES, partnerskaber og

borgerinddragelse. Idet der i blokken med borgerinddragelse er indlejret, at det handler om lokalsamfund (community), blev det valgt ikke at inkludere en facet omkring lokalsamfund som kontekst, selvom dette indgår i problemformuleringen. I stedet blev det valgt at have en facet, som omhandlede målgruppen (borgere med lav SES), for at sikre, at dette aspekt blev medtaget i søgningen. Nedenfor ses et eksempel på søgningen i PubMed.

AND					
OR	Database:	Facet 1: Lav SES	Facet 2: Partnerskaber	Facet 3: Borgerinddragelse	Samlet antal hits
	PubMed	MeSH Social Class Socioeconomic Factors Fritekst [TIAB] "Social class" "Social classes" "Socioeconomic status" "Social status"	MeSH Public-Private Sector Partnerships Cooperative Behavior Fritekst [TIAB] Partnership Partnerships Collaboration Collaborations "Co-creation" Cocreation "Co-production" Coproduction coalition coalitions Cooperation Co-operation Collaborative	Mesh Community Participation Fritekst [TIAB] "Community engagement" "Community participation" "Community involvement" "Community empowerment"	
		Hits: 426472	Hits: 202303	Hits: 42078	Hits: 478

Tabel 3 Facet opbygning i PubMed

Som et led i søgestrategien blev der fundet dækkende kontrollerede emneord, de såkaldte Thesaurus. Dette kan præcisere søgningen og øger desuden sandsynligheden for genfindning af resultaterne (Buus et al., 2008; Rienecker & Jørgensen, 2014). Thesaurusens placering i den hierarkiske struktur blev kontrolleret, således at de omfattede relevante underforgrenede ord og synonymer.

I alle blokke blev de kontrollerede emneord dog vurderet til ikke at være dækkende, og der blev derfor suppleret med fritekstsøgninger. Fritekstsøgningerne blev således foretaget for at udvide søgningerne og få flere relevante resultater med. Desuden kan kontrollerede emneord ikke nødvendigvis sikre en god/præcis søgning, da der er risiko for fejl ved indekseringen, som foretages af mennesker (Buus et al., 2008).

Indledende blev litteratur på området gennemgået, for at identificere relevante og anvendte termer. Der findes mange termer for 'borgerinddragelse', men især facetten 'partnerskaber' viste sig at have

mange synonymer og overlap, hvilket også er beskrevet i afsnit 6.1. Derfor blev flere forskellige fritestord medtaget. Ved fritest søgningen blev der søgt på ordstammen kombineret med en asterisk (*) for at medtage alle eventuelle endelser på ordene (Buus et al., 2008). Dog blev der ikke anvendt trunkering i PubMed, da funktionen ikke virker optimalt i denne database. Det blev desuden erfaret, at ordet *social class* var mere optimalt at skrive i flertal *social classes* i stedet for at anvende trunkeringer, da der ellers resulterede i meget støj, såsom *social klassifikation*.

Følgende databaser blev inkluderet i den systematiske litteratursøgning: PubMed, Cochrane Library PsycNet, Cinahl, Embase samt Sociological Abstract. Der blev således anvendt både medicinske, psykologiske og sociologiske databaser i projektet for at sikre en flervidenskabelig tilgang til projektets problemstilling. Valg af databaser og eksempler på søgestrategien blev konfereret med en bibliotekar fra Aalborg Universitetsbibliotek. Bibliotekaren anses for at være en informationsspecialist, som det anbefales at anvende for at styrke den systematiske søgning (Frandsen et al., 2014). Den systematiske søgning blev ydermere suppleret med kædesøgninger ud fra udvalgte referencer. Kædesøgning kan bidrage med ny brugbar viden ved at komme fra en relevant reference til en anden (Rienecker & Jørgensen, 2014). Dette resulterede i en ny artikel i tillæg til de artikler, der blev fundet i den systematiske søgning.

9.3.3 Udvælgelse og vurdering af artikler

For at sikre studierne relevans ift. specialet blev der med afsæt i problemstillingen udarbejdet inklusions- og eksklusionskriterier. Ydermere havde kriterierne til formål at sikre systematik og stringens i udvælgelsesprocessen.

Inklusion og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sprog: Dansk, engelsk, svensk, norsk	Andre settings end udsatte lokalsamfund (f.eks. arbejdspladser og skoler)
Videnskabelige artikler	Studiepopulationer som ikke er sammenlignelige med vestlige lande*
	Børn/unge op til 18 år
Sundhedsfremmende og forebyggende tiltag	Behandlende sundhedsvæsen

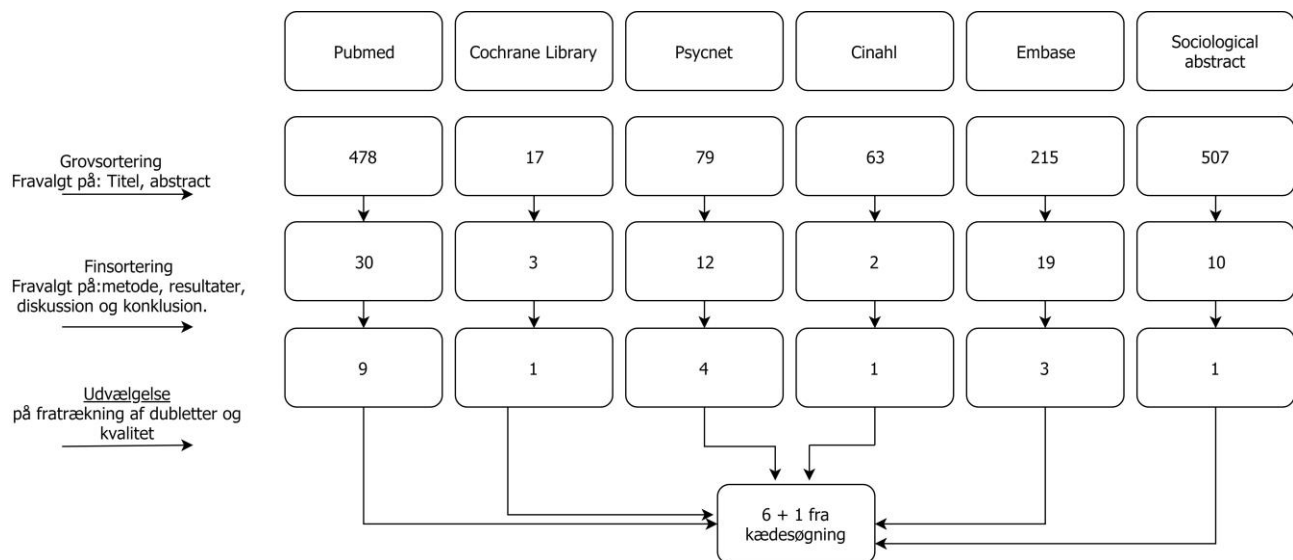
Tabel 4 *Vestlige lande dækker over alle EU-lande, Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand (Danmarks Statistik, 2016)

Udvælgelsen af artiklerne fra den systematiske litteratursøgning forløb via tre trin. På hvert trin blev vurderingen af artiklerne foretaget separat af to projektmedlemmer, og efterfølgende sammenholdt. Først blev studierne grovsorteret og fravalgt på baggrund af titel og abstract. Dernæst blev de fin-sorteret og fravalgt på baggrund af målgruppe, formål, metode og resultater. Afslutningsvis blev

dubletter frasorteret og artiklerne blev kvalitetsvurderet. En kvalitetsvurdering er nødvendig for at afgøre, om litteraturen har en kvalitet, der tillader at den integreres i projektet (Overgaard & Grundsøe, 2014).

Til at vurdere kvaliteten af de kvalitative artikler blev tjeklisten COREQ anvendt og STROBE blev anvendt til vurderingen af et tværsnitstudie-studie. Tjeklisterne blev anvendt overordnet til at vurdere studienes styrker og svagheder, hvorved studierne ikke specifikt vurderes ud fra den samlede score.

Nedenstående figur viser et flowdiagram for udvælgelse af litteratur i den systematiske litteratursøgning:



Figur 6 flowdiagram for udvælgelse af litteratur i den systematiske

9.3.4 Bearbejdning af resultater fra litteratursøgningen

Studierne fra den systematiske litteratursøgning præsenteres i en matrix, som giver en oversigt over studienes design, formål, metode, studiepopulation og resultater, samt styrker og svagheder ved studierne. Herudover anvendes en litteratursyntese, som er inspireret af anbefalingerne fra Joanna Briggs Reviewer Manual (The Joanna Briggs Institute, 2014). Studierne blev således først gennemlæst for at finde temaer i de enkelte studier, hvorefter der blev fundet temaer, som gik på tværs af studierne. Under hver af disse tværgående temaer præsenteres studienes resultater i afsnit 10.2.

10. Resultater

I dette afsnit præsenteres først analysen af de kvalitative interviews, hvorefter resultaterne fra den systematiske litteratursøgning følger.

10.1 Analyse

I dette afsnit præsenteres analysen af den indsamlede empiri fra interviews med projektleder og medlemmer af Sundhedsrådet. Analysen er inddelt i temaer, der fremkom gennem kodningsprocessen, som kan ses i kodetræet i afsnit 9.2. Analysen indledes med en kort præsentation af informanterne og den lokale kontekst. Efterfølgende beskrives, hvorledes partnerskabet er udmøntet samt hvilke delmål, det har medført. De første dele af analysen er dermed hovedsageligt deskriptive, for at skabe en kontekst for den følgende analyse. Analysen er struktureret efter programteorien, hvilket betyder, at der er fokus på analyse af virkningsmekanismer, som relaterer sig til hvordan målene kan opnås, samt af moderatorer, både de program-specifikke og ikke-programspecifikke faktorer, der har betydning for hvad man kan gøre og opnå i projektet, dvs. selve projektets handling. Analysen af moderatorer og virkningsmekanismer skal svare på problemformuleringen omkring hvilke fremmende og hæmmende faktorer, der har betydning for at partnerskaber med lokale borgere kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund.

I analysen er Putnams teori om social kapital anvendt, samt begreberne om partnerskaber og borgerinddragelse, som blev fremstillet under den teoretisk referenceramme i afsnit 6.1.

10.1.1 Præsentation af informanter

I dette speciale var informanterne henholdsvis selve projektlederen (Informant P), samt fem medlemmer af Sundhedsrådet i den udvalgte case. Alle medlemmer af Sundhedsrådet var bosiddende i lokalområdet. Informanternes navne er anonymiseret, men deres demografiske data, herunder køn, alder, uddannelse/arbejde og tilknytning til området er illustreret i nedenstående tabel 5.

	Informant P	Informant 2	Informant 3	Informant 4	Informant 5	Informant 6
Køn	Mand	Mand	Kvinde	Kvinde	Mand	Kvinde
Alder	-	58	59 år	30	54	42
Uddannelse/arbejde	Cant.scient. idræt, Projektleder	Bogholderi og regnskab	(psykiatri) Sygeplejerske	Gymnasie-lærer	Folkeskole-lærer	Lægesekretær
Tilknytning til området	Tilflytter til kommunen	Boet i området hele livet	Boet i området siden 1978	Nytilflytter, boet i lokalområdet 1 år	Vokset op på egnen, fraflyttet og flyttet tilbage i 1995	Boet i området stort set siden 8 års alderen

Tabel 5 Præsentation af informanter

10.1.2 Den lokale kontekst

Hele kommunen som kontekst blev beskrevet i afsnit 7.3, mens følgende afsnit vil beskrive lokalsamfundet med afsæt i informanternes udsagn. Lokalområdet består af unge børnefamilier og ældre borgere, dog ses en overvægt af de ældre borgere (45,64,83). I lokalsamfundet er der en overvægt af ufaglærte og faglærte personer, og derved ganske få personer med en mellemlang eller lang videregående uddannelse (26,82). Lokalområdet har én stor virksomhed på ca. 100 ansatte, og ellers arbejder borgerne primært udenfor området eller har eget landbrug (28). En informant beskriver befolkningen som slidt, hvordan mange ryger og drikker for meget alkohol, samt at området er præget af en arbejderkultur med mange timers fysisk hårdt arbejde (82,85,93). Lokalområdet har en multibane, en hal og et rigt foreningsliv, med håndbold, spejder mm. (31,33,45,58). Alle informanter beskriver, at lokalsamfundets borgere kender hinanden og fællesskabet fremhæves som et kendetegn for området (74,107,119). Betydningen af dette fællesskab og de sociale relationer vil blive udfoldet i afsnittet omhandlende *Eksisterende social kapital*.

Forforståelse af kommunen

Gennem analysen opstod der på induktiv vis et subtema, som handler om forforståelse af kommunen. Flere informanter beskriver, hvordan borgerne i lokalsamfundet har en negativ forståelse af kommunen og dennes arbejde. To informanter antyder, hvordan der hersker en forforståelse af, at kommunale projektpenge i for høj grad går til bureaukrati eller til initiativer i kommunens storby (41-42,121). To andre informanter angiver, hvordan lokalsamfundets borgere ofte oplever kontakten til kommunen som negativ, da kommunen kommer og påpeger problemer der skal løses, og påtvinger folk diverse ting: (121)

Nå skal I [kommunen] nu også tvinge os til det?. Skal I nu også bestemme om vi må dit eller dat. Hvis det var naboen eller familien, der kommer og hiver en med, jamen så ville det blive taget anderledes (15 s.92).

Projektlederen har fra projektstart været opmærksom på denne forforståelse af kommunen:

...vi er stadig dem fra kommunen, der kommer og vil pådutte dem en masse ting. Derfor er det godt at have de lokale med, således at det er de lokale, der serverer idéen for dem, så det ikke er kommunen og vi skal møde modstand helt fra start” (IP s.6).

Denne negative forståelse af kommen kan potentielt have betydning for, hvilke muligheder kommunen har ift. at opstarte og gennemføre projekter i lokalområdet. Dette understøtter ligeledes, at det kan være relevant at samarbejde med lokale borgere omkring et partnerskabsprojekt. Dette vil blive yderligere udfoldet i afsnittene om virkningsmekanismer.

10.1.3 Hvordan er partnerskabet udmøntet?

Ifølge projektlederen var der forskel på den oprindelige projektbeskrivelse og den praktiske virkelighed. Dette skal ses i lyset af, at det ikke er projektlederen, men en tidligere medarbejder, der har udarbejdet projektbeskrivelsen (22).

I dette partnerskab blev der nedsat et sundhedsråd bestående af ni lokale borgere, ved at kommunen fik kontakt til en lokal ildsjæl, som rekrutterede andre lokale borgere. Sundhedsrådet skulle planlægge en lokal sundhedsmesse, hvilket fungerede som det primære mål for Sundhedsrådet og ikke som et kick-off arrangement, der skulle føre til andre initiativer jf. programteorien, hvilket var en af de oprindelige tanker med partnerskabsprojektet og Sundhedsrådet. Derudover havde kommunen fra start et mål om at opstarte nye rygestopkurser og vægtstopkurser lokalt. Kommunen og Sundhedsrådet havde ca. 7-8 møder (48), hvor kommunen havde rollen som tovholder i det halve år, som partnerskabet nåede at køre i lokalområdet (9,62,66). Aktiviteter og initiativer, der opstod som afkast af partnerskabsprojektet, vil i det følgende blive beskrevet og begrebet outcomes vil benyttes herfor.

10.1.4 Outcomes på baggrund af partnerskabsprojektet

Sundhedsmessen

I et samarbejde mellem kommunen og Sundhedsrådet blev der arrangeret en sundhedsmesse, der skulle øge fokusset på sundhed og give de lokale borgere et overblik over foreninger og aktiviteter i lokalområdet. Sundhedsmessen bestod af ca. 52 forskellige stande, f.eks. Hjerteforeningen, strikkeklubber, løbeklubber, knibleforeninger, kaffeklubber, sunde madboder mv (28). Sundhedsrådet blev indbyrdes enige om, at sloganet for sundhedsmessen skulle være ”*Tag din nabo med*”. Dette var med henblik på at fremme deltagelsen og påvirke den ensomhed, de mener findes i lokalsamfundet

(16,29). Alle informanterne pointerede, at meningen med standene var, at øge kendskabet til eksisterende tilbud, samt inspirere og vise en åbenhed over for nye deltagere:

...vi skal få vist folk, at de der dørtærskler, de er ikke så høje, som de nogen gange tror. Det er det der med, at man har lov til og komme ind i noget, at man godt kan tillade sig og blande sig i noget, der har kørt i mange år (I5 s.91).

I relation til dette gav alle medlemmer af Sundhedsrådet udtryk for, at der ikke var behov for nye initiativer og tiltag, da der i forvejen var rigtig mange formelle og uformelle foreninger (48,95,114). Dette fremhæves også af projektlederen som årsag til, at hovedformålet med partnerskabsprojektet blev oplysning om hvilke foreninger og aktiviteter, der allerede eksisterede i lokalområdet.

Så behovet har egentlig mere været og få et samlet overblik over alle de ting, der sker (...) behovet var egentlig ikke og sætte aktiviteter og arrangementer i gang, fordi dem var der egentlig nok af (IP s.11).

Til sundhedsmessen kom der ca. 500 besøgende i alle aldre (15,37), og det indikeres, at lokalsamfundet var bredt repræsenteret: *...der kom nogen mennesker som man tænkte "hold da op, er de også kommet hjemmefra i dag (I3 s.49).* Således tyder det på, at det til en vis grad er lykkedes at øge deltagelsen blandt personer, som normalt er mindre deltagende i samfundet. Projektlederen mente også, at de havde ramt nogle borgere med lavere SES, om end det ifølge ham ikke var den primære gruppe, som mødte op:

... der fik vi nogen af dem med. Selvfølgelig vil jeg da stadig sige langt langt størstedelen var da af de andre sociale klasser (...) (IP s.16).

Med afsæt i denne sparsomme information, kan det være svært at afgøre om partnerskabet har formodet at lave en sundhedsmesse, der også kunne imødekomme borgerne med lav SES, men det kunne tyde på at det til nogen grad er lykket.

Andre initiativer på baggrund af partnerskabsprojektet samt deltagelsen heri

Set på tværs af informanternes udsagn er der en udpræget tvetydighed i forhold til hvilke initiativer, der er opstartet på baggrund af partnerskabsprojektet, og hvilke initiativer som havde eksisteret tidligere. Dog er der entydighed om, at ingen af aktiviteterne er direkte initieret af selve Sundhedsrådet, men er et muligt afkast af selve sundhedsmessen. Herunder nævnes bl.a. hitfitdance, naturtræning for mænd, et old boys fodboldhold, uformelle løbeklubber og spiseklubber (69,93,100). Herudover omtalte en informant, at nogle beboere efter sundhedsmessen havde meldt sig som besøgsvenner (92), ligesom en informant beskrev hvorledes flere anvender motionscentre (113), og at flere løber og går ture på vejene (113-114).

Kommunen havde pga. øremærkede midler et prædefineret mål om at uddanne lokale instruktører, så der kunne opstarte et lokalt rygestophold og vægtstophold, som blev til et vanecoach-hold pga. manglende kursus til instruktøren (9,10). Vanecoach-holdet er igangsat to gange med ca. 7-8 deltagere. Rygestopkurset er iværksat to gange, men aldrig blevet gennemført pga. for få deltagere. De mulige årsager til dette vil blive belyst i afsnittet om fordele og ulemper ved lokale instruktører. Projektlederen kunne ikke svare på hvilke aktiviteter og hvor mange, der var igangsat i lokalsamfundet som et led i partnerskabsprojektet. I forlængelse heraf kunne han ikke sige noget om deltagelsen i de forskellige lokale initiativer, eller om vanecoach-holdet havde deltagere blandt den til tænkte målgruppe af borgere med lav SES (13). Denne manglende viden om deltagelse kan ses i lyset af, at kommunen ikke har haft fokus på evaluering, men blot har udarbejdet en afrapportering med afsæt i egne erfaringer.

Projektkoordinatoren giver udtryk for, at dette projekt i højere grad har faciliteret en italesættelse af sundhed i lokalsamfundet, mere end en egentlig øgning i deltagelse i f.eks. forskellige foreninger.

(...) men jeg tror partnerskabet har sat nogen ting i gang derude, og det havde været med til en eller anden form for italesættelse af sundhed generelt derude. Man har skullet tænke over nogen ting og man har skulle planlægge nogen ting, og sådan. Ja, jeg tror mere, det er på den måde, vi har ændret noget derude... (IP s.11)

Denne italesættelse af sundhed understøttes af nogle af de øvrige informanter, og to informanter beskriver yderligere, hvordan partnerskabet har bidraget med en italesættelse og en opmærksomhed på ensomhed og psykisk sundhed, som ellers har været tabubelagt.

Jeg tror faktisk det er første gang i de mange år, jeg har boet herude, hvor vi har ku' snakke om det der med det psykiske og ensomhed, for det snakker man jo ellers ikke om. Men man ved det er der, og det talte vi om i dette regi [Partnerskabsprojektet] (I5 s.89)

Italesættelsen af sundhed og informationen om eksisterende tilbud og aktiviteter kan betragtes som et skridt på vejen til en øget deltagelse. Italesættelsen kan være med til at legitimere, at sundhed er noget lokalsamfundet prioriterer, og det kan illustrere, at der i samfundet er sket en ændring ift. et øget fokus på sundhed.

Opsummerende tyder det således på, at dette partnerskabsprojekt har ført til forskellige outcomes. Dette inkluderer selve sundhedsmessen, samt potentielt nye sundhedsaktiviteter, hvilket dog er svært at fastslå på baggrund af tvetydige informationer. Ydermere er der opstartet rygekursus og vanecoaches hold, dog med blandet succes. Derudover er italesættelsen af sundhed også et væsentligt

outcome af partnerskabsprojektet, ligesom der har været fokus på at øge bevidstheden om, at folk skal føle sig inviteret til de eksisterende tilbud. Om disse forskellige faktorer har ført til en øget deltagelse i sundhedstilbud blandt borgerne i lokalsamfundet, og særligt blandt dem med lav SES, kan denne analyse dog ikke give svar på.

Udover den umiddelbare effekt af partnerskabsprojektet er det også relevant at se på projektets bæredygtighed, idet dette kan have betydning for fremtidige outcomes med relation til partnerskabsprojektet. Ydermere er et levedygtigt og langvarigt samarbejde et mål for partnerskaber under forebyggelsespolitikken *Sundere liv for alle* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Dette behandles derfor i det følgende afsnit.

10.1.5 Bæredygtigt partnerskab?

Det konkrete partnerskabsprojekt blev afsluttet i marts 2018. Ifølge projektlederen er kommunens rolle heri afsluttet, da de kontraktlige forpligtigelser er opfyldt. Sundhedsrådet valgte også at stoppe efter projektets afslutning. Dog beskriver en informant, hvorledes Sundhedsrådets arbejde vil blive erstattet af en eksisterende sundhedsgruppe, som vil køre fremadrettet, for at undgå at det hele tabes på jorden, dog er der ingen aftalte møder (30). Fire informanter giver udtryk for, at det er vigtigt at ambitionerne og visionerne fra partnerskabsprojektet ikke stopper, og at sundhedsmessen skal gentages, for at det er muligt at opnå vedvarende og yderligere resultater (30,86,91,101). Dette illustreres bl.a. ved følgende citat, hvor informanten svarer på, om sundhedsmessen har skabt øget kendskab til aktiviteter ”*ja det tror, det tror jeg. Men jeg tror også på, at den ikke står alene. Den skal følges op*” (I2 s.37). Ligeledes udtaler en informant følgende om partnerskabsprojektet;

...det giver sådan et skvulp, og så klinger det af. Altså det vil sige, så kan man sige man mangler ligesom og finde ud af hvad det er, vi støtter op med bagefter (I5 s. 86).

Selvom flere af Sundhedsrådets medlemmer ser ud til at mene, at visionerne fra partnerskabsprojektet skal fortsætte, er der dog samtidig indikationer af, at der hersker en vis usikkerhed i forhold til hvordan det skal foregå. Således siger et af Sundhedsrådets medlemmer for eksempel, at ”...*jeg tror vi afventer lidt om kommunen spiller ud igen*” (I4 s.68), mens projektlederen til gengæld siger, at hvis lokalområdet ønsker at lave et arrangement igen, så skal de nok støtte op om det.

Det ser således ud til, at der mangler en organisering af, hvad der skal ske efter endt partnerskabsprojekt, for at outcomes af projektet ikke kommer til at stå alene, og blive glemt. Det kan derfor tolkes, at informanterne indirekte efterspørger en plan for videre handling, så som hvad skal der ske

nu, hvem skal stå for hvad osv. En handleplan for partnerskabet, kan således anses som en betydningsfuld faktor for et mere bæredygtigt arbejde.

Igennem partnerskabet har Sundhedsrådet og de kommunale medarbejdere etableret et kendskab til hinanden, et kendskab som et par af sundhedsrådsmedlemmerne fortsat benytter sig af og betragter som et positivt udbytte:

Jamen det er det der med, at man kender nogle derude [i kommunen], det gør det nemmere. Hvis jeg har nogle spørgsmål, så ved jeg hvem jeg skal snakke med... jeg har mødt et par stykker af dem [kommunale partnere] efterfølgende, hvor vi var til et stort arrangement ude i X, hvor man fik kram... de bliver en del af det herude (I6 s. 119).

Projektlederen beskriver i forlængelse heraf, hvorledes partnerskabet har medført, at kommunen har fået et lokalt netværk, som vil blive anvendt fremadrettet, trods projektets afslutning. ”Vi er ikke involveret længere, udover at vi stadig har kontakterne” (IP s. 21).

Således kan det positive kendskab mellem lokalbefolkningen og kommunen også anskues som et bæredygtigt outcome af dette projekt.

For at delmål kan opnås, er det jf. programteorien nødvendigt at virkningsmekanismer igangsættes. I det følgende afsnit vil det derfor blive fremanalyseret, hvilke virkningsmekanismer, der har været i spil i partnerskabsprojektet, og hvilken betydning de har haft for partnerskabsprojektets realisering og mål.

Virkningsmekanismer

10.1.6 Samarbejde

Samarbejdet mellem kommunen og Sundhedsrådet kan anskues som værende en virkningsmekanisme. Som beskrevet i programteorien er et partnerskab bl.a. karakteriseret ved at samarbejde om en fælles vision, hvilket derfor også vil blive analyseret i dette afsnit.

I dette partnerskabsprojekt er det kommunen, der har nedsat de overordnede mål, som skulle indfries, såsom uddannelse af lokale rygestopinstruktører og vanecoaches, samt at tilbyde disse kurser lokalt. Disse mål ser ud til i en vis grad at have været styrende for projektlederens ageren:

Så længe jeg har fået opfyldt mine mål, altså de ministerielle krav der ligesom er, som jeg har skulle udfylde, så har de enkelte områder bare kunnet fyre den af, i forhold til hvad behovet derude har været” (IP s.9)

Jeg har bare de her mål og de her krav, jeg skal have opfyldt, for at det her projekt lykkedes. Og hvad vi finder på derudover, det er vi så alle sammen en del af (IP s.10)

Der ser således ud til at have været en klar prioritering fra projektlederen ift. at opnå kommunens prædefinerede mål. Sundhedsrådet har herefter haft frie tøjler til, med afsæt i lokale behov, at komme med input til sundhedsmessen. Denne oplevelse deler flere af Sundhedsrådets medlemmer, hvilket illustreres i nedenstående citat:

De styrede ligesom slagets gang og havde nogle punkter med, og tog referat og sådan noget, som efterfølgende blev sendt ud. Men ellers så skulle vi i Sundhedsrådet finde ud af, hvad det var, vi gerne ville herude. (I4 s.65).

Dette partnerskab kan dermed anskues som værende opdelt i to dele. På den ene side er partnerskabet præget af en top-down tilgang ift. oprettelsen af ryge- og vægtstopkurser, hvor kommunen har nogle mål og rammer, der skal indfries, og hvor beslutningstagningen udelukkende ligger hos dem. Borgerinddragelsen i dette mål for partnerskabet ligger dermed på de nederste trin af deltagelsesstigen, hvor Sundhedsrådet modtager information, og forventes en accept heraf. Ydermere er kommunen dog åbne for, at medlemmerne af Sundhedsrådet aktivt inddrages i anliggender og beslutninger, der vedrører sundhedsmessen, hvorved en mere bottom-up orienteret tilgang er blevet anvendt. Kommunen har dog defineret grænserne for projektet ift. at der skulle laves et indledende sundhedsarrangement, men Sundhedsrådet har fået uddelegeret en autoritet til at træffe en række beslutninger. Således ligger borgerinddragelsen her i den højere ende af deltagelsesstigen. En informant udtrykker, hvorfor denne inddragelse er vigtig for samarbejdet:

...jeg tror det er det der med at give plads, altså at vi får lov til at udfolde os, selvom det er på deres præmisser kan man sige, kommunens præmisser, så synes jeg stadig det der med at blive hørt, det har en vigtig faktor, fordi så føler man rent faktisk, at der sker noget på området (I4 s.73)

Som beskrevet i teori afsnittet er formålet med en bottom-up tilgang og borgerinddragelse bl.a. at facilitere større ejerskab over for sundhedsinitiativer. Det viser sig også, at fire informanter anser sundhedsmessen som deres eget projekt, mens én informant skiller sig ud ved at omtale partnerskabsprojektet som en skabelon og foruddefineret (35). Lokalt ejerskab er således afhængigt af en bottom-up tilgang og høj borgerinddragelse, hvilket vil uddybes senere.

Til trods for at en bottom-up tilgang med afsæt i ovenstående kan anses som en fordel, kan det yderligere tolkes, at det er nødvendig og velanset blandt Sundhedsrådet at kommunen tager en vis styring. Alle medlemmerne af Sundhedsrådet gav udtryk for, at kommunens rolle som tovholder i partnerskabsprojektet har været af positiv og nødvendig karakter, for at projektet skulle fungere og tingene skulle skride frem:

Det var vigtigt at vide at de [kommunen] tog styringen for nogle ting, og så kunne vi andre [Sundhedsrådet] byde ind på de ting, vi kunne bidrage med. Det gav en tryghed synes jeg (I3 s. 47)

Projektlederen har stået for at initiere projektet, lave tidsplan og strukturere det, og han har ydermere været ansvarlig for at opnå de mål og delmål, der var blevet nedsat gennem projektansøgningen. I forlængelse heraf har projektlederen stået for al kommunikation med ministeriet, samt styring af økonomien og rammerne omkring projektet. Rent lavpraktisk har projektlederen indkaldt til møder med Sundhedsrådet og været til stede og fungeret som tovholder, udarbejdet dagsordener og referater (1). Projektlederen samt en anden kollega har været de to gennemgående personer igennem hele projektets forløb (22).

Denne klare rollefordeling mellem kommunen og Sundhedsrådet har begge parter generelt været tilfredse med. Dette illustreres i nedenstående citat:

Jeg synes egentligt at det har kørt godt, fordi de [kommunen] har været gode til at gøre rede for, hvad deres rolle var, og hvad vores rolle var (...) Men jeg synes også, at vi har været gode til at spille sammen (I3 s.60).

I forlængelse heraf kan det fremanalyseres, at kommunen og Sundhedsrådet ift. sundhedsmessen har bidraget med hver deres ressourcer og det fremhæves af et medlem af Sundhedsrådet, at projektet er afhængig af begge parter:

De havde ikke kunne lave det, hvis det kun havde været kommunen, og vi havde ikke kunnet lave det, hvis det kun havde været os (I5 s. 88).

Kommune har bidraget med erfaringer og organisatoriske kompetencer ift. projektledelse (tovholder, tidsplan mm.), ydermere har kommunen bidraget med økonomi som ressource (88). Disse kommunale bidrag anskues som programspecifik moderator, og som noget lokalsamfundet ikke selv har. Lokalsamfundet kan til gengæld bidrage med andre ressourcer:

...det eneste vi ikke har, det er penge, men vi har vore gåpåmod og vores omhu og kærlighed til hinanden, børn og unge og ældre iblandt (I2 s.27)

Opsummerende kan det således fremanalyseres, at selve klarlægning af en rollefordeling og en kommunal tovholder, er en betydende faktor for, at et partnerskab mellem kommunen og lokalsamfundet kan lykkes med at opnå mål. Derudover ser en bottom-up orienteret tilgang ud til at være væsentlig, hvilket som beskrevet i teoriafsnittet kan have betydning for tilpassede sundhedsinitiativer og lokalt ejerskab. Lokalt ejerskab vil blive analyseret i det følgende afsnit.

10.1.7 Lokalt ejerskab

Lokalt ejerskab kan som afspejlet i programteorien betragtes som en virkningsmekanisme for partnerskabsprojekter med involvering af lokale aktører.

Projektlederen fremhæver lokale ildsjæle som lokale partnere frem for organisationer, da de har lokale interesser i området, og et ønske om at gøre noget positivt for lokalsamfundet (5,15). Som beskrevet under afsnittet om den negative forforståelse af kommunen, er det desuden en fordel at lokale borgere frem for kommunen præsenterer sundhedsinitiativerne, da dette kan mindske modstanden. Det at skabe lokalt ejerskab hænger i forlængelse heraf sammen med borgerinddragelse og en bottom-up tilgang, som også eksemplificeres i følgende citat:

Og det er også derfor, jeg startede med og sige, at det er så vigtigt det her med, at der ikke kommer nogen og siger ”nu skal vi lige gøre sådan her” men at så mange som muligt har ejerskab til det, der sker (I3 s.54)

Således kan det analyseres, at det er vigtigt at kommunen i et partnerskabsprojekt ikke kommer og definerer, hvad der skal gøres fra start af, men at lokalsamfundet har indflydelse og dermed får ejerskab over projektet, hvorved de befinder sig højt på deltagelsesstigen. Fokuset på lokalt ejerskab kan ydermere understøtte følelsen af autonomi og en villighed blandt befolkning, da det anses som et lokalt og ikke et kommunalt projekt.

Ejerskabet hænger sammen med tilpasningen til lokale behov. Dette kommer bl.a. til udtryk hos en informant, som udtrykker at inddragelsen af lokale borgere har gjort, at det er blevet deres projekt, og at det er blevet tilpasset til området:

Jamen det er jo det [inddragelse af borgere i lokalsamfundet], der har gjort det til vores, ikke, altså det har været [lokalområdets] ånd, hvis man kan sige det sådan, der er blevet taget med ind i det, det er ikke sådan bare blevet et eller andet nåh, men vi laver det fuldstændig ligesom de laver det i København eller sådan et eller andet. Det vil jo slet ikke passe hertil (I4 s.72)

Det vurderes med afsæt i informanternes engagement og stolthed ift. sundhedsmessen og den store deltagelse, at de har opnået et ejerskab over denne aktivitet (111, 37). I forlængelse heraf tyder det på, at ejerskabet har været en drivkraft og derfor en fremmede faktor for at det lykkes med at udvikle og implementere sundhedsmessen, samt øge deltagelsen blandt de lokale borgere, idet det har faciliteret, at Sundhedsrådets medlemmer har forsøgt at udbrede det og få de lokale til at deltage. Dette vil udfoldes under temaet *netværk og tillid*.

At det er lykket at skabe et lokalt ejerskab i dette partnerskabsprojekt kan dermed hænge sammen med, at der som tidligere omtalt til dels er blevet anvendt en bottom-up tilgang, hvor medlemmerne af Sundhedsrådet har fået medansvar, og selv har defineret temaer for sundhedsmessen, som de

fandt passende til lokalområdet. Således er den inkluderende proces, som potentielt ligger i partnerskaber, en nødvendig faktor ift. virkningsmekanismen lokalt ejerskab og tilpasning. I kontrast hertil vurderes det, at Sundhedsrådet ikke havde ejerskab over rygestopkurset og vanecoach holdet, som var kommunale tilbud, men iværksat som en del af partnerskabet. Denne analyse tager afsæt i, at ingen af informanterne spontant beskrev dette tilbud, og ikke havde haft fokus på at rekruttere og gøre opmærksom på dette tilbud, på nær på deres facebookside og storskærm i Brugsen (51-52,77). En informant svarer eksempelvis følgende på spørgsmålet, om de har haft fokus på at udbrede information om kommunens kurser:

Nej, det har vi ikke, det har vi ikke gjort noget ud af. Altså de kommer i vores ugeaviser og hvor mange der deltager i det, det ved vi ikke (I3 s. 55).

Det manglende ejerskab kan således potentielt ses som et led i en begrænset lokal rekruttering og motivering og deraf manglende deltagelse.

10.1.8 Netværk og tillid

Flere udsagn i interviewene med både projektlederen og Sundhedsrådets medlemmer indikerer, hvilke muligheder der er ved at anvende det netværk, som Sundhedsrådets medlemmer har. Disse muligheder kan overordnet set inddeles i to kategorier; rekruttering/formidling og opfange lokale behov. De fleste udsagn omhandler medlemmernes evner til rekruttering og formidling, hvilket antyder, at ambitionerne har været koncentreret om at udbrede partnerskabsprojektet og de tilknyttede aktiviteter, mens der til gengæld har været mindre fokus på at opfange lokale behov blandt de øvrige borgere i lokalsamfundet. Yderligere har partnerskabet arbejdet med lokale instruktører, som en måde hvorpå de lokales relationer betragtes som en ressource.

Rekruttering og formidling

Sundhedsrådets netværk er anvendt til at rekruttere borgere som iværksættere af initiativer på sundhedsmessen, samt til at formidle information, rekruttere og motivere med henblik på at øge deltagelsen. Projektlederen tror på, at den lokale rekruttering har været med til at gøre en forskel på deltagelsen til sundhedsmessen:

... hvis vi som [navn på kommune] kommune bare selv skulle have afholdt sundhedsmessen og rekrutteret folk til og komme, så havde vi ikke, vi havde ikke fået 500 med i hvert fald” (IP s.17).

Sundhedsrådets medlemmer omtaler også denne aktive rekruttering, som består af brugen af facebook, ophæng af plakater og reklamer og udbredelse via mund til mund (51-52,77). På trods af anvendelsen af flere metoder, ser der ud til at være en større tro på, at den personlige kontakt er vigtig for at få folk med, hvilket illustreres i følgende citater:

...men meget mund til mund tror jeg, det er også det folk synes er rarest tror jeg, det virker mest ægte” (I4 s.78).

Jamen det er, det har vi jo snakket meget om der, man kan jo, man kan jo sætte store flotte plakater op og man kan skrive på facebook og man kan nogen ting. Men det eneste der virker, det er når man går og prikker folk på skulderen og siger ”skal du med?” (I5 s. 85).

Særligt én af Sundhedsrådets medlemmer lægger vægt på, at det er afgørende, at der er en personlig kontakt, for at få folk til at komme ”... *personlig kontakt det tæller bare 99% herude*” (I5 s. 97).

Således kan det tolkes, at den personlige kontakt blandt lokale partnere og de øvrige borgere anvendes til at motivere til deltagelse. Med afsæt i Putnams begreb om den sociale tillid mellem relationer, kan det endvidere tolkes, at tillid og den personlige kontakt i lokalsamfundet er en afgørende faktor i forbindelse med borger til borger rekruttering.

I forhold til den tidligere omtalte høje deltagelse på sundhedsmessen kan det fremanalyseres, at brugen af netværk og den tillid, der findes i den personlige kontakt, og herunder opfordringen med sloganet *Tag din nabo med*, kan være fremmende for, at et partnerskab kan lykkes med at imødekomme og øge deltagelsen blandt borgerne, og kan være en medvirkende årsag til, at forskellige grupper i lokalsamfundet var repræsenteret til sundhedsmessen.

Dog ser der ud til at være en grænse for, hvor langt Sundhedsrådet går, for at inkludere de øvrige borgere. Udsagn fra to af informanterne antyder, at lokalsamfundet er præget af en anskuelse om at tage ansvar for hinanden, men at dette kun gælder til en vis grænse, idet der samtidig er en tankegang om at tage ansvar for sig selv. Særligt et medlem af Sundhedsrådet lægger meget vægt på at fremføre, at det er vigtigt at Sundhedsrådet ikke skal være politibetjente, idet han mener at borgerne skal tage ansvar for både sig selv og hinanden (31).

Tankegangen om at tage ansvar for sig selv og andre kommer også til udtryk hos et par af de andre Sundhedsråds medlemmer, som taler om at invitere folk ind og øge opmærksomheden på de eksisterende tilbud. Dog kan invitationer til deltagelse ikke række hele vejen:

...der er da nogen der ikke kommer, altså hvor man tænker det er lidt ærgerligt, men altså de har haft tilbuddet, og så kan vi jo ikke gøre så meget andet (I3 s. 55).

Således kan netværk anses som en virkningsmekanisme for deltagelse, men til en vis grænse. Ligeledes ser karakteren af de eksisterende netværk ud til at være afgørende for, om netværk som virkningsmekanisme kan reducere den sociale ulighed, ved også at få formidlet information og rekrutteret personer med lav SES. Her er det afgørende, at Sundhedsrådets kontakthæder og gensidige tillid også inkluderer denne gruppe af befolkningen. Dette vil blive yderligere udfoldet under afsnittet omkring moderatører.

Opfange lokale behov

Projektlederen beskrev, at Sundhedsrådet har været en forlænget arm ud til lokalbefolkningen, i forhold til at opfange behov fra beboerne i området. Han bemærker dog også, at det måske ikke har været lige så meget, som man inden projektstart havde håbet på, det ville være (9).

Sundhedsrådet ser ikke ud til at have gjort en aktiv indsats for at opfange lokale behov i forbindelse med partnerskabsprojektet, såsom eksplicit at spørge folk eller holde borgermøder. I stedet er der antydninger af, at Sundhedsrådets medlemmer mener, at de på grund af deres kendskab til befolkningen ved, hvad der kan være af problematikker i lokalsamfundet. Dette ses bl.a. ved følgende udsagn, på spørgsmålet om, hvorledes de andre borgere har kunnet give udtryk for behov:

Jamen det tror jeg godt vi vidste mange af os i forvejen, for når vi er naboer, når man er lokal ildsjæl i forvejen, så snakker man jo med vores borgere meget bredt (I2 s 36).

Dette kommer også til udtryk hos en anden informant, der omtaler hvorfor ensomhedsproblematikken blev et fokuspunkt på sundhedsmessen:

... jeg tror det var det vi tænkte, som ligesom passede til folk herude, altså det var ligesom det folk havde problemer med, altså gik meget for sig selv. Det kan blive ensomt at bo, hvis der er en ægtefælle der er død, så har man måske ikke så meget overskud til at komme ud" (I4 s. 80).

Igen kommer netværkets betydning for at opfange lokale behov til syne i et udsagn fra et af Sundhedsrådets medlemmer, som tror at "*...man skal snakke med mange mennesker, før man opdager, at der er sådan et behov" (I5 s. 103).*

Derudover er det som beskrevet i afsnittet om sundhedsmessen Sundhedsrådet selv, der har defineret, at der er nok aktiviteter i området, og at det derfor ikke skulle være fokus for partnerskabsprojektet at initiere nye aktiviteter.

Ift. deltagelsesstigen har der omkring sundhedsmessen været et højt inddragelsesniveau af Sundhedsrådet, men et lavt niveau blandt den øvrige befolkning, hvor fokus er på information og rekruttering, men ikke på aktivt at inddrage dem ift. deres holdninger, behov og udfordringer angående sundhed.

Det tyder således på, at Sundhedsrådets medlemmer ser det som en selvfølgelighed, at de ved hvad der sker i deres område, herunder hvilke problemer og behov, der er. Dette må anses som en mulig begrænsning, der kan vanskeliggøre at opfange reelle behov, og der er således risiko for, at ildsjælene tager ejerskab over at definere området og dets behov. Selvom Sundhedsrådets medlemmer giver et indtryk af, at de ved hvad behovene i området er, omtaler flere af informanterne samtidig vanskeligheder med at få visse personer eller målgrupper til at deltage i aktiviteter og lokalsamfundet:

... der er de der enkelte, som der aldrig gider noget, og nogle der synes at det er træls, at de bliver påduttet noget, men dem er der meget få af (I6 s.119).

Problemet er den gråzone, det er dem vi kører lidt efter, det snakkede vi meget om (...) der er nogen vi ikke kan fange, det vil der altid være (I2 s. 36).

Således indikeres det, at Sundhedsrådets mulighed for at opfange lokale behov samt rekruttering af deltagere ikke indbefatter hele lokalbefolkningen. Dette kunne tænkes at indbefatte borgere med lav SES. Sundhedsrådets kontaktflade vil uddybes yderligere under afsnittene om moderatorer.

En anden måde hvorpå netværk og tillid kan benyttes som ressource er i forbindelse med lokale instruktører, som vil analyseres i det følgende.

Fordele og ulemper ved lokale instruktører

For at øge deltagelsen blev der uddannet lokale instruktører bl.a. til det nye lokale rygestopkursus. Projektlederen erfarede dog, at lokale instruktører ikke nødvendigvis var at foretrække, idet der i lokalområdet er mange forforståelser beboerne imellem, som kan gøre det svært at rekruttere den rigtige instruktør, med gode relationer til alle (20). Desuden udtrykker han, at det nødvendigvis ikke er ønskværdigt at møde den lokale instruktør i andre hverdagssammenhænge, da dette kan resultere i en form for negativ overvågning, hvilket eksemplificeres i følgende citat:

Så møder man den [lokale instruktør] lige nede i Brugsen dagen efter og så, står de nu og kigger i min indkøbskurv om jeg har taget en pose chips, eller ligger der bananer dernede. Sådan nogen ting gør egentlig også det der med, at det med det lokale kommer sgu lige pludselig lidt for tæt på (IP s. 12).

Ud fra citatet kan det dermed antydes, at det på trods af intentionen om at anvende det lokale netværk ift. tilbuddene i stedet var brug for mere distance. Valget om lokale instruktører bliver projektlederens primære forklaring på den manglende deltagelse i f.eks. rygestopkurset, men faktorer såsom placering og manglende fokus på rekruttering tages også med i overvejelserne (20).

Blandt Sundhedsrådets medlemmer hersker der dog modstridende opfattelser af, om lokale instruktører er en god eller dårlig idé. To af medlemmerne snakker i tråd med projektlederens udlægning om, at instruktøren som person er medvirkende årsag til manglende deltagelse på rygestopholdet (56, 102). Det beskrives yderligere, at nogle beboere i lokalområdet kan være for blufærdige til at deltage i et kursus hos en lokal instruktør, og hellere vil køre til en anden by, da de ikke har lyst til at dele personlige informationer som f.eks. BMI med naboen (56). I forlængelse heraf beskriver to informanter en frygt for, at der bliver snakket om deltagelse og personlige detaljer i den lokale Brugs (56,117). Dette kan være et udtryk for, at der er en manglende tillid i lokalsamfundet, hvilket ifølge Putnams definition er en del af social kapital. Ydermere kan det være et udtryk for at sociale relationer i lokalsamfund også kan være en hæmmende faktor, hvis de ikke indbefatter tillid. To informanter fremfører dog også, at der kan være en tryghed i at have en lokal instruktør (80,117). Dette begrundes med, at det bliver mere jordnært og bærer præg af tryghed og sammenhold ved at komme hos en man kender:

Det er faktisk en, som bor lige nede i nr. 11 eller et eller andet, ikke også, det giver et andet sammenhold, ikke, at der er måske tryghed... (I4 s. 80).

Således indikeres det at, folk indenfor lokalsamfundet har forskellige holdninger til brugen af lokale instruktører, og at der derfor evt. skal indtænkes differentierede tilbud. Ydermere kan brugen af lokale instruktører, som et led i at øge deltagelsen, være afhængig af den eksisterende sociale kapital, herunder om der er en gensidig tillid til hinanden. Hvis ikke der findes tillid blandt borgerne, vil valget om lokale instruktører evt. give bagslag, og resultere i modstand mod deltagelse fremfor at øge den. Hvis der derimod er tillid i relationerne mellem den lokale instruktør og deltagere, samt deltagere imellem, kan deltagelsen formentlig øges, da sociale relationer bliver facilitator til deltagelse. Relationer af bonding eller bridging karakter skal således være til stede, som et fundament for at lokale instruktører på baggrund af eksisterende relationer og gensidig tillid potentielt kan bidrage til en øget deltagelse blandt personer med lav SES.

Moderatorer

Moderatorerne er i programteorien faktorer, som har betydning for handlingen og hvad projektet kan opnå (Funnell & Rogers, 2011). I analysen blev det klart, at der er en række moderatorer, som har betydning for, hvordan netværk som virkningsmekanisme udspiller sig. Hvis netværk skal fungere som virkningsmekanisme – ift. også at medtænke borgere med lav SES – er den afhængig af moderatorerne *Eksisterende social kapital*, *Personbundende egenskaber*, særligt ift. de enkelte lokale partners kontaktflade/netværk og kombinationen af disse, samt *Et bredt sundhedsbegreb*, hvilket uddybes i de følgende afsnit.

10.1.9 Eksisterende social kapital

Med afsæt i teoretiske antagelser om, at eksisterende social kapital er afgørende for, hvordan lokalsamfundsinterventioner kan implementeres, kan eksisterende social kapital i lokalområdet anses som en ikke-program specifik moderator for et partnerskabsprojekt. Ifølge Putnam skabes social kapital bl.a. ved deltagelse i organisationer, foreninger og grupper (Putnam, 2000). Som beskrevet under afsnittet om den lokale kontekst betegner informanterne lokalområdet som et sted med et rigt foreningsliv, borgerforeninger og andre lokale arrangementer, såsom fællesspisning og byfester. Det kan således tyde på, at der i lokalområdet eksisterer en høj grad af social kapital, målt på netværk.

Projektlederen fremhæver også, at lokalområdet i højere grad er et samlet lokalområde, end de to andre områder, der har været en del af partnerskabsprojektet:

Og det har virket til på os, at de har stået langt mere sammen, hele lokalsamfund X end de to andre områder. Der har de været mere forenet oppe i lokalsamfund X, alle områderne, og er der noget i Y- by, jamen så støtter de fra Z-by op om det. Der ikke sådan noget med "ej nu tager de alt det, vi skulle have haft i Z- by" og sådan noget. Så der støtter man sgu op uanset hvad det er. Så der kan vi sige, at sammenholdet har været lidt bedre ude i lokalsamfund X (IP s. 6).

Dette understøttes også af alle informanterne, der beskriver lokalområdet som værende præget af fællesskab og sammenhold (43, 73,107,109). En informant udtrykker det således:

jamen altså der er et fantastisk godt sammenhold, altså vi har byfester, vi har tyrolerfester, vi har fastelavnsfester... og så er der sådan et rigt foreningslivs (16 s. 107).

Det rige foreningsliv og beskrivelsen af området som et samlet lokalområde kan indikere, at der i lokalsamfundet eksisterer netværk, der er præget af tillid og normer om gensidighed, som tilsammen udgør elementerne i social kapital. Dette anses som en muliggørende moderator for partnerska-

bet, da normer om tillid og gensidighed ifølge Putnam muliggør en bedre koordinering af handlinger mellem mennesker og understøtter samarbejdet for samfundets bedste (Rosenmeier, 2007). Især normen om generaliseret gensidighed kan anses som afsæt for at finde lokale borgere, som er villige til at udføre en indsats som partnerskabs repræsentanter, idet der i normen om generaliseret gensidighed ligger en forventning om, at de investerer og får noget til gengæld på et tidspunkt, men ikke nødvendigvis med det samme. Dette understøtter også muligheden for at inddrage lokalbefolkningen i iværksættelsen af f.eks. sundhedsmessen eller lokale initiativer, som f.eks. løbeklub, spiseklubber mm. Således tolkes det, at der i lokalområdet findes en social kapital, der har faciliteret inddragelsen af lokale borgere som partnere, samt det lokale arrangement ift. sundhedsmessen og de øvrige lokale tilbud.

På trods af, at det umiddelbart kan virke som om, at der er en høj social kapital i lokalområdet, er der dog også indikationer på, at den ikke er gældende for hele samfundet. Som fremanalyseret i afsnittet om *Fordele og ulemper ved lokale instruktører* er der indikationer på, at der også eksisterer en vis grad af manglende tillid i lokalsamfundet, ligesom to informanter omtaler, at der tidligere har været en konflikt mellem to byer i forbindelse med en skolelukning, og heraf følgende geografiske grupperinger:

...da vi kæmpede for vores skole, og de kæmpede for deres skole, så endte det med, at folk de sagde dumme ting omkring hinanden, og det er først nu, vi er begyndt at tage hul på den, og begynder sådan at få et meget bedre sammenhold på tværs (I6 s. 109).

Dette giver indikationer på, at der eksisterer bonding social kapital med afsæt i homogene netværk baseret på geografisk tilknytning. Som beskrevet tidligere differentierer Putnam netop mellem to typer af netværk – bonding og bridging, som fordrer hver deres social kapital (Rosenmeier, 2007). I relation hertil beskrives det, at lokalbefolkningen ofte er opvokset på egnen, har gået i skole sammen, er i familie og derfor kender de fleste hinanden (82,107). Dette er basis for dannelsen af stærke relationer og homogene netværk, hvilket ifølge Putnam er centrale træk ved bonding social kapital. Men som beskrevet i teoriafsnittet kan bonding social kapital også have en negativ side, da netværket lukker sig om sig selv (Putnam, 2000). Det tyder på, at der er i samfundet eksisterer en bonding social kapital, der kan have resulteret i ekskluderende netværk. Ensomhed beskrives af alle informanter som et problem (27,83,103,120), og ydermere beskriver en informant, hvordan nogle står uden familie og netværk:

...man kender hinanden herude, både på godt og på ondt. Og det vil sige, der er også nogen, som man måske bare lader flyde, og det er ikke nogen, man sådan samler op, fordi de ikke er i familie med nogen, de har måske også gjort noget dumt engang eller et eller andet (I5 s. 84).

Der er således antydninger af, at ikke alle er en del af lokalsamfundet. At fokus for sundhedsmessen, som tidligere beskrevet, var at invitere bredt til deltagelse, kan således afspejle en bevidsthed om, at der skal gøres mere for at inddrage alle beboere i lokalsamfundet og styrke den sociale kapital.

Putnam understreger, at de svage og mere perifære bånd, der karakteriserer bridging social kapital, oftest er mere værdifulde i forhold til udvikling og at komme fremad, da disse giver adgang til information og muligheder (Rosenmeier, 2007). Det kan dog også fremanalyses, at der i lokalsamfundet eksisterer en grad af bridging social kapital, da samfundet, som tidligere beskrevet, er præget af et fællesskab og sammenhold. Bridging social kapital kan således anses som en fremmede moderator for partnerskabsprojektets formål om at imødekomme lokale behov ved at bruge lokale partnere. Bridging social kapital understøtter, at ikke kun en homogen gruppes behov repræsenteres, og således at kun en lille gruppe/netværk får udbytte af partnerskabets initiativer, ligesom der gennem bridging social kapital kan ske en påvirkning på tværs af forskellige grupper. Dette er der også opmærksomhed på blandt informanterne, og kommer bl.a. til udtryk i følgende citat;

...fordi det er egentlig det, der kendetegner vores område, fordi altså vi skal have så mange som muligt med, fordi altså det hjælper ikke vi er syv her, der synes det er en god idé. Fordi det hjælper ikke området (I3 s. 50).

Spørgsmålet er bare, om de brobyggende netværk i samfundet også er på tværs af sociale skel?

Dette kan vores data ikke svare på, men hvis ikke dette er tilfældet kan det problematiseres, at de lokale partnere ikke repræsenterer målgruppen af personer med lav SES.

Opsummerende er den eksisterende sociale kapital afgørende for, om kommunen kan rekruttere borgere, der er villige og engagerede for at gøre noget for deres samfund. Ligeledes er ekskluderende eller inkluderende egenskaber ved eksisterende netværk en moderator for, hvorledes brugen af disse netværk kan fungere som virkningsmekanisme ift. at øge deltagelsen blandt personer med lav SES via tilpassede sundhedsinitiativer og aktiv rekruttering blandt lokale borgere. Dette er yderligere påvirket af personbundende egenskaber, som vil fremanalyses i det følgende afsnit.

10.1.10 Personbundende egenskaber

Projektlederen beskriver gentagende gange, at det er afgørende for et partnerskabs succes med at igangsætte lokale initiativer, at det er de helt rigtige personer, der rekrutteres som partnere. Disse definerer han som ildsjæle, som bl.a. karakteriseres ved at være personer, der brænder for lokalom-

rådet og er initiativrige. Desuden lægger han vægt på, at det er personer med et stor netværk, således at de kan kontakte og inddrage personer i lokalsamfundet, som kan bidrage til iværksættelsen af initiativer:

Så jeg vil sige generelt for partnerskabet, jamen så er det og få fat i de rigtige. Og det er ikke så meget hvem du har fat i, fordi hvis du får fat i de rigtige, jamen så kan de også tjuh tjuh tjuh lige trække fat i den ene og den anden, når det er relevant (...) man skal have de rigtige med, der har et stort netværk og ved hvem vi lige kan trække i for at få fat i de rigtige ressourcer på de rigtige tidspunkter (IP s. 18).

I relation til Putnams omtale af begreberne *makers* og *schmoosers* kan Sundhedsrådets medlemmer således betragtes som makers, idet de er med til at få tingene til at ske, og for manges vedkommende også er tilknyttet andre formelle organisationer/aktiviteter i lokalområdet. Makers har desuden som oftest et højere uddannelsesniveau, og medlemmerne i Sundhedsrådet ser da også ud til at skille sig ud på uddannelsesniveau ift. den generelle befolkning i området, som beskrevet i afsnittet om den lokale kontekst.

I forhold til rekrutteringen af personer med lav SES beskriver projektlederen yderligere, at de i partnerskabet med fordel i højere grad kunne have samarbejdet med lokale med tilknytning til f.eks. sociale væresteder, for i højere grad at udnytte deres netværk ift. at rekruttere socialt udsatte til de lokale initiativer (19). Således er der indikation for, at projektlederen mener, at de lokale partnere ikke i høj nok grad har omfattet personer med brobyggende netværk til personer med lav SES.

Selvom lokale ildsjæle kan være en fordel for at igangsætte initiativer nævner projektlederen dog samtidig, at der også kan være udfordringer med at samarbejde med ildsjæle, idet de ofte er involveret i mange andre ting, og derfor kan være begrænset ift. tid (8). Denne tidsfaktor nævnes også af tre af Sundhedsrådets medlemmer, som en barriere (31,57,67). Således kan manglende tid og prioritering af partnerskabet resultere i et mindre engagement og værende en hæmmende faktor.

Overordnet indikeres det, at de ”rigtige repræsentanter” og deres store kontaktflade er en muliggørende program-specifik moderator ift. at rekruttere deltagere og igangsætte lokale initiativer via netværk, i det omfang disse repræsentanter er til stede i lokalsamfundet.

Tre af informanterne lægger vægt på, at det er vigtigt med en bred repræsentation, således at det er muligt at få kontakt med mange forskellige borgere i lokalområdet (36,52,117). Derfor har der været fokus på at få repræsentation fra f.eks. skoler, foreningslivet og kirken i Sundhedsrådet. Samtidig har der været fokus på, at det ikke skulle være de samme, som altid melder sig:

Og mange gange så er det de samme Tordenskjoldssoldater, der henvender sig, men vi prøvede at finde nogen, som ikke var engageret i forvejen, og som ku' fange flest mulige borgere, bl.a. skolerne der og mig som via foreningslivet, jeg havde en kontakt i idrætsforeningen, kontakt til gymnastikforeningen og håndboldklubben (I2 s. 36).

Udover repræsentation fra forskellige foreninger/organisationer/områder har den geografiske repræsentation også været væsentlig, ved at få alle områder med. Dette perspektiv tager afsæt i, at lokalområdet rent geografisk er langstrakt, men også pga. forskellige grupperinger, som beskrevet under temaet *Eksisterende sociale kapital*, samt forskellige kulturer indenfor lokalsamfundet:

... der er jo forskel på kulturen her og så hvis du kører på den anden side af Z-by til Y-by. Det er ikke sådan, at vi ikke kan arbejde sammen, men der er forskellige kulturer i de mindre områder, og der tænker jeg, at det er vigtigt, at man får nogle lokale med på, jamen hvad er en god idé her, og hvad er det for nogen ting, man skal holde sig fra (I3 s. 57).

Således er et bredt repræsenteret korps af lokale partnere med store netværk en muliggørende moderator, for at trække på lokalsamfundet ressourcer og rekruttere bredt, men også potentielt ift. at opfange lokale behov og derved gøre initiativer kontekstbaseret. Hvis de lokale parter derimod blot repræsenterer én gruppering indenfor lokalområdet, bliver det ensporet og kun målrettet den del af lokalbefolkningen, hvilket også er en velkendt problematik blandt flere af informanterne, og udtrykkes bl.a. som følgende:

...Hvis det var den gruppe, som der altid sad med der, så ville vi jo slet ikke være kommet frem til samme resultat, fordi de ville jo være enige om det hele, og der ville ikke være nogen, der stillede de der kritiske spørgsmål... (I6 s. 120).

Med afsæt i Putnams teori kan selve Sundhedsrådet tolkes som et netværk med brobyggende karakter. Der har været fokus på at danne et netværk på tværs af organisationer/professioner og især på tværs af geografiske områder, men der har ikke været et fokus på at inddrage personer med forskellige niveauer af SES. Dette kan anses som en hæmmende moderator ift. at udnytte potentialet ved lokalsamfundet netværk, da der muligvis ikke er en kontaktflade til borgerne med lav SES.

Opsummerende kan brugen af borgere med mange forskellige sociale relationer i lokalområdet anses som en fremmende moderator ift. at benytte ressourcerne ved de forskellige eksisterende netværk. Dog ser det ud til, at der skal rettes et fokus på, at inddrage lokale partnere som også er mangfoldige ift. SES eller at der er repræsentanter, der i andre sammenhænge indgår i netværk med personer med lav SES, hvilket er afhængig af, om der i lokalsamfundet overhovedet eksisterer brobyggende netværk på tværs af SES.

10.1.11 Et bredt sundhedsbegreb

Under kodningen af datamaterialet fremkom der på induktiv vis et nyt tema, *Et bredt sundhedsbegreb*, og betragtes som en ikke-programspecifik moderator i programteorien.

Det er gennemgående for alle lokale repræsentanter i partnerskabet, at sundhed og sundhedsfremmende aktiviteter betragtes som noget, der rækker længere end et snævert fokus på KRAM-faktorerne, og i lige så høj grad indbefatter elementer som velvære, samvær, fællesskab, hvilket bl.a. udtrykkes i følgende citater:

... At det [sundhed] er også bare det og komme ud og møde nogen mennesker, at man kan finde nogen og spise sammen med en gang imellem, og for nogen der er det måske og lave noget andet end og ligge på sofaen hele tiden. Så det var ikke bare det her med motion og gulerødder... (I3 s. 45).

...sundhed det er jo ikke kun mad og motion, det er jo altså også den psykiske sundhed og det var jo det, vi gik meget op i (I6 s. 115).

Således fremstår det, at sundhed også er et spørgsmål om mellemmenneskelig kontakt og relationer, og det kan derfor tolkes, at social kapital også er en del af informanternes definition af sundhed. I forlængelse heraf var der enighed om, at der findes mange forskellige definitioner af sundhed og holdninger til, hvordan den kan opretholdes: ”...der er ikke én ting der duer, der er ikke ét koncept til sundhed. Altså det er meget efter hvem du er” (I5 s. 98).

Dette afspejler sig endvidere i deres tilgang til sundhedsmessen, hvor standende repræsenterede en bred vifte af tilbud fra foreningshåndbold og løbeklubber til hæklekubber og latteryoga:

Vi fik hæklekubberne med, hvad har hæklekub med sundhed at gøre? Jo det er samvær og hyggesnak (I2 s.30).

Valget om at præsentere en bred skare af eksisterende lokale initiativer på sundhedsmessen blev besluttet, som et led i at favne en bred målgruppe. Dette eksemplificeres i nedenstående citat:

...vi har forsøgt og lave det så bredt som muligt, fordi jeg er godt klar over, at vi kunne godt have lavet fokus på kost eller motion eller psykisk ensomhed eller alt mulig andet... Men det, men det var vigtigt og lave det bredt, så folk virkelig kunne føle sig inviteret (I3 s. 54).

Ved netop at have fokus på at sundhedsfremmende initiativer ikke blot skal tage afsæt i kommunens, eller nogle enkelte borgers definition af sundhed og forståelse af hvorledes sundhed kan opretholdes eller fremmes, forsøges det at gøre deltagelse attraktivt for alle borgere. Dette perspektiv kan modarbejdes af borgerrepræsentanter, som ikke lytter til lokalbefolkningen eller af partnerskabsprojektets prædefinerede fokus på bl.a. rygning. Kommunens fokus bærer præg af en biomedicinsk for-

ståelse af sundhed, som ikke omfavner, at sundhed skal defineres af det enkelte individ og at sundhedstilbud skal tilpasses lokale behov, for derved at udnytte potentialet ved partnerskaber. Et bredt og relativistisk sundhedsbegreb kan således fremanalyseres som en fremmede faktor ift. at partnerskabets sundhedsinitiativer imødekommer så mange borgere som muligt, også personer med lav SES, og derfor potentielt øge deltagelsen blandt denne målgruppe.

10.2 Opsamling på analysen

Som det ses i ovenstående analyse er der flere faktorer, som har betydning for, om partnerskaber med lokale borgere kan fremme lokalt tilpassede sundhedsinitiativer og deltagelsen blandt borgere med lav SES. Som opsamling på analysen vil resultaterne præsenteres som fremmede og hæmmende faktorer for at partnerskaber med borgere kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund.

10.2.1 Fremmede faktorer

En bottom-up tilgang er væsentlig for, at sundhedsinitiativer kan tage afsæt i lokale behov. Ydermere faciliterer tilgangen til et *lokalt ejerskab*, som er fremmede for at lokale partnere engagerer sig i partnerskabet.

Kommunen kan med fordel agere tovholder for projektet og skabe rammerne, hvilket er med til at facilitere, at sundhedsinitiativer bliver implementeret. Dette illustrerer samtidig, at et partnerskab ikke er det højeste trin på deltagelsesstigen, og at lokalsamfundet også har gavn af de ressourcer, som kommunen kan spille ind med ift. organisering, erfaring/viden og økonomi.

Lokale ildsjæle kan anses som en fremmede faktor for at et partnerskabsprojekt kan realiseres. De har nogle ressourcer i form af et engagement i lokalsamfundet og en drivkraft ift. til at få ting til at ske, samt et stort netværk, som kan anvendes i forhold til at igangsætte initiativer, motivere og rekruttere borgere til deltagelse i sundhedsinitiativer.

Fokus på repræsentation på tværs af bl.a. organisationer og geografi, er nødvendig for at nå bredere ud til de lokale borgere, og kan anses som fremmede for at skabe øget deltagelse i lokalsamfundet igennem tilpassede sundhedsinitiativer og borger-rekruttering/motivation. Dette er vigtigt at medtænke, idet der er interne geografiske grupperinger i lokalsamfundet.

Den eksisterende sociale kapital i området kan anses som en fremmede faktor for, at lokale borgere involverer sig, idet normer om gensidighed og tillid fremmer at borgerne involveres i lokale initiativer, såsom et partnerskabsprojekt. Ligeledes kan den eksisterende sociale kapital være fremmede for deltagelse blandt lokale borgere med lav SES, i det omfang den bridger henover sociale skel, hvilket dog kan være svært at fastslå ud fra dette speciales empiri.

Et bredt sundhedsbegreb kan være fremmede for at nå flere borgere i lokalsamfundet, idet der heri ligger en mere relativistisk tilgang til sundhed, som bedre kan favne, at sundhed defineres subjektivt.

10.2.2. Hæmmende faktorer

Prædefinerede kommunale målsætninger og fastlagte aktiviteter som f.eks. et rygestopkursus og heraf manglende inddragelse af borgere kan resultere i, at sundhedsinitiativer ikke tilpasses lokale behov og ikke forankres i et lokalt ejerskab. Dette kan endvidere resultere i manglende opmærksomhed fra de lokale partnere, som derfor ikke gør en særlig indsats for at anvende deres netværk/social kapital til at rekruttere, motivere og formidle viden herom.

Manglende handleplan for hvorledes projektet skal føres videre, når kommunen trækker sig som partner kan resultere i, at målet om et bæredygtigt projekt ikke opnås, hvorved "effekterne" af partnerskabet kan klinge af.

Manglende repræsentation af borgere med lav SES i et partnerskab kan anses som en hæmmende faktor. Deres behov tilgodeses potentielt ikke i udformningen af sundhedsinitiativer, hvilket kan resultere i fravalg af deltagelse. Når et partnerskab som i denne case består af borgere med høj(ere) SES er der risiko for, at de tager ejerskab over at definere lokalsamfundets behov.

Lokale ildsjæle som partnere betyder ofte, at disse borgere også har travlt med andre projekter, og kun har deres fritid til rådighed. Således kan manglende tid og prioritering af partnerskabet resultere i et mindre engagement, og dermed være en hæmmende faktor ift. implementeringen af sundhedsinitiativer.

Mistillid blandt lokale borgere kan betragtes som en hæmmende faktor for lokale borgeres deltagelse i sundhedsinitiativer i lokalområdet. Dette eksemplificeres bl.a. ved analysen af fordele og ulemper ved lokale instruktører.

Social kapital kan virke ekskluderende, f.eks. i det omfang, at borgere med lav SES ikke er repræsenteret i partnerskabsprojektet, og yderligere ikke imødekommes pga. manglende bridging social kapital til denne målgruppe.

10.3 Resultater fra den systematiske litteratursøgning

I det følgende afsnit præsenteres de studier, som blev udvalgt i den systematiske litteratursøgning.

Studiernes resultater danner sammen med resultaterne fra den empiriske analyse afsæt for besvarelsen af problemformuleringen, og deraf udviklingen af anbefalinger til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber. Studierne består af forskellige designs, såsom etnografisk, casestudie, survey og aktionsforskning. Indledningsvis præsenteres de udvalgte studier i tabel 6, hvorunder også centrale elementer fra kvalitetsvurderingen fremgår. Ydermere er kun resultater vurderet relevante for specialets problemfelt inkluderet. Efterfølgende udfoldes disse resultater i en tematisk litteratursyntese på tværs af studierne.

Tabel 6 Oversigt over inkluderede studier

Andrade (2016) <i>Tackling health inequalities through asset-based approaches, co-production and empowerment: ticking consultation boxes or meaningful engagement with diverse, disadvantaged communities?</i> Skotland			
Design Formål	Studiepopulation Metode	Resultater	Styrker/svagheder
Design 6 mdr. etnografisk studie Formål At undersøge hvorledes en asset-based approach og partnerskaber kan anvendes til at samarbejde med etniske minoritets grupper	Studiepopulation Informanterne var både professionelle og lægfolk, herunder sundhedsprofessionelle, frivillige, socialarbejdere og repræsentanter fra lokale organisationer Kontekst: etnisk mangfoldige udsatte boligområder Metode 35 semistrukturerede face-to-face interviews Observationer – feltnotater	-Adgang til lokale fremhæves som udfordrende bl.a. pga. sprogbarrierer og modstand mod deltagelse i partnerskaber -Vigtigt at få fat i <i>local community champions</i> som lokalsamfundet stoler på. Disse skal bl.a. videreformidle information. Nogle mener modsat, at disse udgør en barriere for at tilgodese hele lokalsamfundet, og nogle borgere deler kun informationer med nære venner og familie -Manglende sammenhæng mellem politiske ambitioner og udførsel i praksis - Økonomisk funding er nødvendigt -Lokale organisationer beskriver, hvorledes et ægte partnerskab skal starte uden en agenda for fokus og mål. I stedet skal der ageres på, hvad borgere udtrykker af prioriteter og aktiviteter, for at skabe ejerskab og lokale aktiviteter -Manglende tillid til systemet -Praktikere har brug for mere støtte til at arbejde med at involvere lokalsamfundet	Styrker -Flere etiske overvejelser -Synliggør den teoretiske referenceramme i analysen -Grundig metodisk beskrivelse, herunder eksempler på interviewspørgsmål Svagheder -Ingen diskussion af metodemæssige styrker og svagheder -Ej forholdt sig til data-mætning -Ingen karakteristika af informanter
Campbell et al. (2004) <i>Social Capital, Participation and the Perpetuation of Health Inequalities: Obstacles to African-Caribbean Participation in 'Partnerships' to Improve Mental Health</i> England			
Design Formål	Studiepopulation Metode	Resultater	Styrker/svagheder
Design Casestudie Formål At belyse udfordringer for deltagelse i partnerskaber	Studiepopulation Afrikansk-caribisk befolkningsgruppe bosat i England Kontekst: udsatte dele af en sydenslandsk landsby	<u>Forhindringer i et partnerskab</u> -Forskellige opfattelser af meningen med <i>deltagelse</i> mellem den offentlige sektor og lægfolk -De frivillige vurderer uafhængighed højere end at være en del af et partnerskab, hvor den offentlige sektor vil være den dominerende	Styrker -Anvender teori til at analysere resultater -Lokalsamfunds konteksten er velbeskrevet -Interviews med forskellige repræsentanter i lokalsamfundet → nuancering

for afrikansk-caribiske lægfolk i lokale initiativer, der skal fremme mental sundhed	Metode Dybdegående interviews samt fokusgruppe interviews med i alt 30 personer, hhv. fra den lovgivende, frivillig og lægfolks sektor	-Fragmentering/splittelse i det afrikansk-caribiske samfund. -Mistillid til systemet -Borgerne kan blive intimideret af formelle møder og professionelt sprog, samtidig med at den offentlige sektor har manglende tålmodighed ift. at borgerne ikke besidder disse professionelle egenskaber	Svagheder -Ingen vedlagt interviewguide -Ingen karakteristika af informanterne -Ingen diskussion af egne styrker og svagheder.
Carlisle (2010) <i>Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement?</i> <i>A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland</i> Skotland			
Design Formål	Studiepopulation Metode	Resultater	Styrker/svagheder
Design Etnografisk feltstudie i et skotsk Social Integration Partnerskabsprojekt Formål At undersøge kompleksiteten ved at gennemføre et partnerskab i et udsat lokalområde, samt redegøre for afgørende og uventede problemer, som både fagfolk og samfund støder på i forbindelse hermed	Studiepopulation Partnere: den offentlige sektor, frivillig sektor og lokalsamfundet Kontekst: Udsat befolkning, arbejdsløshed på ca. 57%. Opdeling i katolske og protestantiske grupperinger, sociale boligblokke Metode 20 måneder i felten Observationer- feltnotater 11 semistrukturerede interviews med offentlige partnere og borgerrepræsentanter	-Vanskeligt at sikre borgerrepræsentation i partnerskaber, da kun et mindretal søger involvering → Borgere føler sig ikke repræsenteret i partnerskabet -Borgerne har en dårlig relation med autoriteter -Den sundhedsprofessionelle part har manglende tid og engagement ift. at sikre borgerinvolvering -Lokalsamfundet ikke homogent. Opdelt i mindre kvarterer + skarpe grupperinger mellem fx alder og sektoreriske grupper → Fjendtlige holdninger til andre i deres eget kvarter → Lokale interessekonflikter -Sen inddragelse af borgere + i forvejen allokerede midler → borgerrepræsentanter føler sig symbolsk involveret -Ikke udviklet sig til et positivt samarbejde ml. borgerrepræsentanter og professionelle pga. interessekonflikter, f.eks. kritik af fordelingen af midler til sundhedsaktiviteter, idet lokalsamfundets prioriteter var større sikkerhed og legepladser for børn	Styrker -Lokalsamfunds kontekst er beskrevet -Partnerskabet velbeskrevet -Nuancering og modsigelser i analysen Svagheder -Ingen etiske overvejelser -Ingen interviewguide, ingen karakteristika af informanter -Ingen diskussion af styrker og svagheder
Crawshaw et al. (2003) <i>Health Action Zones and the problem of community</i> Storbritannien			
Design Formål	Studiepopulation Metode	Resultater	Styrker/svagheder
Design Data er genereret fra resultaterne af en igangværende	Studiepopulation Interessenter involveret både på planlægnings- og implementeringsniveau (ledende medarbejdere	-Borgerinddragelse anses som middel til at reagere på lokale behov, dvs. at skræddersy indsatser via en bottom-up tilgang frem for en top-town, dette fremmer endvidere bæredygtige partnerskaber	Styrker -Analysestrategi beskrevet -Understøttende citater -Nuanceringer

procesvurdering af en HAZ Formål At undersøge 'problemet' ved at involvere lokalsamfund i indsatser som Health Action Zones (HAZ)	inden for folkesundhed, HAZ-koordinatorer, og ledere af partnerskabsorganisationerne, såsom sociale ydelser og uddannelse) Metode Interview: Forfatterne rapporterer nogle af resultaterne fra 102 kvalitative interviews	- Involvering af lokalsamfundet var udfordrende pga. et stort geografisk område og en heterogen befolkning → Svært at skabe en repræsentation af hele lokalbefolkningen, kan medføre større eksklusion af nogle sociale grupper -Long term funding er nødvendigt for bæredygtigt partnerskab. -Dikterede nationale mål modarbejder muligheden for at adressere lokale løsninger og involvering af lokalsamfundet, da disse ikke nødvendigvis er forenelige. -forskellige mål (interessekonflikter) blandt borgerrepræsentanterne. -Involverede borgere i partnerskabet er ofte allerede involveret i lokalsamfundets arbejde, lokalpolitik og beslutningstagning → Har en anerkendt status og etablerede relationer med fagfolk. Dog usandsynligt, at sådanne små grupper er repræsentative for samfundet.	-Nogle etiske overvejelser Svagheder -Ingen interviewguide -Sparsom informant karakteristika
Kegler et al. (2009) <i>Evaluation findings on community participation in the California Healthy Cities and Communities program</i> USA			
Design Formål Design Case studie – tværgående analyse af 20 lokalsamfund Formål Evaluerer mhp. at undersøge, hvordan projektet (California Healthy Cities and Communities program) engagerede beboere og opnåede en bred repræsentation, samt hvad der var fremmende og hæmmende for disse processer	Studiepopulation Metode Studiepopulation Kontekst: 20 lokalsamfund af forskellig størrelse, populationsdensitet og socio-demografiske karakteristika, samt diversitet ift. geografi (fra fjerne bjergregioner til boligområder i større byer) Metode Interviews med nøgleinformanter (koordinatore, projektmedarbejdere, lokalsamfundsledere, økonomiske sponsorer) (165 interviews) Fokusgrupper med aktive medlemmer af koalitionen (26 fokusgrupper, n = 176) Programdokumenter Spørgeskema til medlemmer af koalitionen	Resultater <u>De mest betydningsfulde faktorer for involvering af borgere og for at skabe en bred repræsentation af borgere</u> <i>Fremmende faktorer</i> -Et velkommende miljø for nytilkomne -Partnerskaber med pålidelige organisationer -"Forpligtigelse" til en inkluderende samarbejdsproces, hvor borgeren får en stemme -Borgere kan involveres gennem koordinatore og frivilliges netværk <i>Hæmmende faktorer</i> -Sprogforskel -Udfordringer ift. transport -Intimidering ift. møder i koalitionen -Beboere foretrækker handling frem for proces -Geografiske udfordringer ift. transport -Manglende tid og prioritering -Utilstrækkelig funding	Styrker/svagheder Styrker -Omfattende opstilling af fremmende og hæmmende faktorer -Diskuterer studiets styrker og svagheder Svagheder -Manglende transparens ift. analyseresultater – svært at se hvordan de er udledt -Manglende beskrivelse af udvælgelse/rekruttering af informanter

Kegler et al. (1998) <i>Factors that contribute to effective community health promotion coalitions: A study of 10 project ASSIST coalitions in North Carolina USA</i>			
Design Formål	Studiepopulation Metode	Resultater	Styrker/svagheder
Design Tværsnitsstudie/Survey Formål At identificere faktorer som bidrager til effektive sundhedsfremmende partnerskaber	Studiepopulation 10 lokale partnerskaber fra projekt ASSIST (The American Stop Smoking Intervention Study for Cancer Prevention). Metode Et selvrapporteret spørgeskema til alle lokale partnerskabsmedlemmer (N: 430) Svarprocent: 55%. Herefter justeret for dem, der ikke aktivt deltog i partnerskabet mere = svarprocent på 87% (N 238 ud af 273 aktive medlemmer) Anvendt Spearmanns korrelations koefficient	Antallet af implementerede aktiviteter via partnerskabet var positivt associeret med: -kvaliteten af kommunikation mellem parterne $r=0,65$ $P<0,05$. -tid som medarbejderne brugte på partnerskabet $r=0,71$ $P<0,05$	Styrker -Skalaer for måling af variable er beskrevet -Diskuterer egne styrker og svagheder -Høj svarprocent blandt aktive medlemmer Svagheder -Lille stikprøve, derfor ikke confounder control -Ingen validering af spørgeskema -Ingen forklaring af evt. missing data -Sparsom karakteristik af studiepopulationen
Snooks et al. (2011) <i>Costs and effects of a "healthy living" approach to community development in two deprived communities: Findings from a mixed methods study Wales</i>			
Design Formål	Studiepopulation Metode	Resultater	Styrker/svagheder

Design Aktionsforskning Formål Evaluerings af feasibility, omkostninger og effekter af et sundhedsprojekt i to udsatte lokalområder, hvor der var et samarbejde mellem offentlige, private, frivillige og akademiske sektorer og lokalsamfund Fokus for projektet var på sundheds-determinanter	Studiepopulation Kontekst: to udsatte lokalområder i Pembrokeshire (nedsat sundhed og trivsel i disse områder) Population for semistrukturerede interviews: Tilfældige stikprøver af beboere og "hard-to-reach" beboere (udført af andre lokale) Centrale interessenter Population for fokusgrupper: Lokale interviewere, medlemmer af lokalsamfundsforum, projektstyringsgruppen Metode Dokumentanalyse, dagbøger og refleksioner fra aktionsforskeren, opgørelser over aktivitet i projektet og lokalsamfundsforum Semi-strukturerede interviews - herunder uddannelse af lokale personer til at udføre interviews med andre lokale Fokusgruppe interviews	<i>Muligheder</i> -Lokale interviewere oplevede at få en øget bevidsthed ift. kompleksiteten i deres lokalsamfund -Interviews med borgere bekræftede nogle problemstillinger, men gav også nye perspektiver til medlemmerne af et lokalsamfunds forum -Borgerne prioriterede problemområder såsom kriminalitet, penge, arbejde, trafik, skrald, lokale services og faciliteter, samt boliger -Medlemmer af lokalsamfundet mente, at de lokale behov blev bragt op på en bredere agenda + projektmedarbejdere fik øget bevidsthed om problemstillinger i lokalsamfundet -Støtte fra aktionsforskeren var afgørende for at implementere en handleplan <i>Begrænsninger</i> -Nogle medlemmer af lokalsamfunds forummet havde tidligere fundet de formelle møder og sprogbrugen intimiderende -Lokalsamfundsforummet følte sig "let down" da funding og støtte fra de professionelle medarbejdere forsvandt	Styrker -Flere forskere og de lokale interviewere foretog analysen og temaer blev diskuteret med informanter -Interviews med mange forskellige informantgrupper -Angivelse af karakteristika for informanter Svagheder -Manglende interviewguides -Manglende oversigt over analyseprocessen, med f.eks. kodetræ
--	---	--	--

10.3.1 Tematisk litteratursyntese

Studierne omfatter forskellige former for partnerskaber, men alle med inddragelse af lokale borgere. Konteksten i studierne tager alle afsæt i udsatte lokalsamfund, med karakteristika såsom arbejdsløshed, lav indkomst mm., og formålet er at fremme sundhed.

Relevante resultater for problemstillingen fremstilles og udfoldes under fem temaer, der går på tværs af studierne. Dette gøres med henblik på at bidrage til et overblik over hvilke faktorer, der har betydning for, at et partnerskab med lokale borgere kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund.

Bottom-up > top-down tilgang

Flere af studierne belyser, hvorledes der på teoretisk plan er betragtninger om, at en bottom-up tilgang er at foretrække i et succesfuldt partnerskab med lokale borgere, da dette f.eks. har betydning for bæredygtighed og lokal tilpasning, men at der samtidig er en række udfordringer knyttet til at implementere en sådan tilgang i praksis.

Studiet af Crawshaw et al. (2003) beskriver, hvorledes der i partnerskabsprojektet har været fokus på en bottom-up tilgang. Involvering af borgerne blev anvendt som middel til at reagere på lokale behov, hvorved indsatser blev tilpasset via en bottom-up tilgang, hvilket skulle føre til ansvar og lokalt ejerskab over indsatserne, og dermed bæredygtighed, hvilket illustreres med følgende citat: *"Programmes can be sustainable provided that you are offering something that they want"* s. 41 (Crawshaw, Bunton, & Gillen, 2003). I tillæg til dette beskriver et etnografisk studie af Andrade (2016), hvorledes flere praktikere påpeger, at et partnerskab ikke skal være styret af prædefinerede mål, for således at undgå en top-down tilgang. I stedet skal der i samarbejde med borgerne handles på, hvad borgere udtrykker af prioriteter i området, for at skabe ejerskab og lokale initiativer (Andrade, 2016). På trods af disse ambitioner beskriver studierne flere udfordringer med at udføre denne bottom-up tilgang i praksis. Praktikere i studiet af Andrade (2016) fremfører bl.a., at der er en uoverensstemmelse mellem politiske ambitioner og udførelsen i praksis, som ikke følger anvisningerne for borgerinvolvering og en bottom-up tilgang. Praktikerne følte yderligere, at de havde brug for mere støtte ift. at arbejde med at involvere lokalsamfundet (Andrade, 2016). Arbejdet med involvering kan dog modarbejdes af, at nogle professionelle har manglende tid og engagement ift. at sikre borgerinvolvering, hvilket var et fund i studiet af Carlisle (2010).

Nogle af studierne omtaler desuden, hvilken betydning prædefinerede mål kan have i partnerskabsprojekter. I studiet af Crawshaw et al. (2003) beskrives det således, at krav om at der skal fokuseres

på nationale mål kan fjerne fokus fra de lokalt definerede mål, og dermed muligheden for at imødekomme lokale behov og agendaer (Crawshaw et al., 2003).

Dette understøttes ligeledes af et etnografisk feltstudie af Carlisle (2010), som belyser hvorledes en sen inddragelse af borgere i et partnerskabsprojekt og allerede allokerede midler førte til, at borgerrepræsentanterne kun følte sig symbolsk inddraget (Carlisle, 2010). Således forlød en kritik af fordelingen af midler til sundhedsfremmende aktiviteter med fokus på livsstil, idet lokalsamfundets prioriteter var større sikkerhed og legepladser for børn (Carlisle, 2010). Det ser dermed ud til, at prædefinerede mål i partnerskabsprojekter ofte står i kontrast til de mål og ønsker, som lokalbefolkningen har. At borgerne kan have forskellige prioriteringer, som ikke nødvendigvis retter sig mod livsstil, kan også ses i studiet af Snooks et al. (2011). Her blev borgerne bedt om at prioritere problemområder, hvor de områder som oftest blev nævnt var kriminalitet, penge, arbejde, trafik, skrald, lokale services og faciliteter, samt boliger (Snooks et al., 2011).

På trods af, at en bottom-up tilgang fremhæves, viser det kvantitative studie af Kegler et al. (1998) samtidig, at det kan være nødvendigt med støtte fra offentlige partnere, idet de fandt at antallet af implementerede aktiviteter via et partnerskab var positivt korreleret med medarbejdernes tidsforbrug i partnerskabet ($r=0,71$ $P<0,05$) og kvaliteten af kommunikationen mellem parterne ($r=0,65$ $P<0,05$) (Kegler, Steckler, McLeroy, & Malek, 1998). Dette behov for professionelle ressourcer understøttes bl.a. også af studiet af Carlisle (2010), hvor borgerrepræsentanterne i partnerskabet fik et økonomisk beløb stillet til fri rådighed til at gennemføre en aktivitet. I forbindelse hermed var der interne diskussioner, om hvorvidt de havde behov for ekstern rådgivning fra en kvalificeret professionel partner. Nogen var imod dette pga. frygt for, at vedkommende ville overtage og udstikke ordrer, men det endte med en beslutning om et behov for rådgivning (Carlisle, 2010). Ligeledes beskrives det i studiet af Snooks et al. (2011), at støtte til at implementere en handlingsplan var essentielt (Snooks et al., 2011).

Et casestudie af Campbell et al. (2004) omtaler, hvorledes forståelsen og ønsket om graden af involvering mellem den offentlige sektor og lægfolk er forskellig. Studiet beskriver, hvorledes den offentlige sektor i et partnerskab vil køre "*business as usual*", men at de så vidt muligt derudover vil trække på information og input fra frivillige og borgerrepræsentanter. I modsætning hertil vil de frivillige og borgerrepræsentanterne have en større grad af involvering. Dermed er der forskellige betragtninger af, hvor på deltagelsesstigen involveringen skal ligge, i forhold til om borgerne blot skal

informerer og konsulteres, eller om de skal have reel magt (Campbell et al., 2004). Denne forskellige forståelse af graden af involvering kan anses som værende en barriere for et succesfuldt partnerskab. I relation til dette fremhæver Kegler et al. (2009) netop, at en inkluderende samarbejdsproces, hvor borgerne får en stemme, er en fremmede faktor for involvering af borgerne (Kegler, Painter, Twiss, Aronson, & Norton, 2009).

Casestudiet af Campbell et al. (2004) pointerer yderligere, hvorledes frivillige borgere vurderer uafhængighed højere end at være en del af et partnerskab, hvor den lovgivende sektor vil være den dominerende (Campbell et al., 2004). Der er således en forståelse af, at der bliver anvendt en top-down tilgang, som flere grupper ikke vil acceptere, og derfor vælger at takke nej til et partnerskab. Studierne antyder samlet set, at en bottom-up tilgang er at foretrække i et partnerskab, for at sikre ejerskab og tilpasning til lokale behov samt bæredygtighed, men at der i praksis kan være forskellige udfordringer knyttet til denne tilgang, såsom prædefinerede målsætninger for projekter og forskellige opfattelser af, hvordan borgerinddragelse skal praktiseres. En bottom-up tilgang kan desuden suppleres med støtte fra professionelle partnere, med henblik på at fuldføre implementeringen. Udover udfordringer med at implementere en bottom-up tilgang, kan der ligeledes være udfordringer med at skabe repræsentation af forskellige lokale borgere i et partnerskab, hvilket vil blive belyst i det følgende afsnit.

Borgerrepræsentation og fremmede/hæmmende faktorer for involvering

Hvilke borgere, der repræsenterer lokalsamfundet i partnerskaber, fremstilles i nogle af studierne som en afgørende faktor for partnerskabet. Herunder ift. samarbejdet mellem partnerne, men i høj grad ift. hvorledes borgerne repræsenterer den øvrige befolkning i lokalsamfundet.

Crawshaw et al. (2003) beskriver, hvorledes indsatser, som f.eks. et partnerskab, ofte resulterer i en afgrænset deltagelse blandt lokale borgere. Disse involverede borgere er ofte allerede involveret i lokalsamfundsarbejde eller f.eks. lokalpolitik, og har ligeledes en etableret relation til de professionelle. Disse faktorer understøtter, at de er godt rustet til at være involveret i samarbejdsprocesser som i et partnerskab, men samtidig beskrives det, at det er usandsynligt, at disse borgere er repræsentative for den øvrige lokalbefolkning (Crawshaw et al., 2003). Som følge af den manglende borgerrepræsentation beskrives det, at afvigende stemmer hos befolkningsgrupper, som f.eks. misbrugere, potentielt bliver overhørt og ugældiggjorte (Crawshaw et al., 2003). Og endvidere tyder det på, at borgerinddragelsesprocesser ikke udgør reel deltagelse, men snarere udgør en symbolsk inddragelse af kun en del af lokalsamfundets borgere (Crawshaw et al., 2003).

Disse vanskeligheder med at skabe borgerrepræsentation understøttes af et etnografisk studie, hvor også kun et mindretal af befolkningen søgte involvering i partnerskabet, hvilket samtidig medførte frustrationer hos lokalsamfundet, da ikke alle områder følte sig repræsenteret (Carlisle, 2010). I forlængelse heraf fremhæves det i det etnografiske studie af Andrade (2016) med etniske minoritetsgrupper, at adgangen til lokale borgere er udfordrende, hvilket bl.a. skyldes sprogbarrierer og yderligere pointeres det, at nogle borgere udviser modstand mod at engagere sig i partnerskaber (Andrade, 2016). I studiet af Kegler et al. (2009) fremhæves også sprogforskelle, og herudover transport og geografi som en række praktiske faktorer, der kan være hæmmende for involvering af borgere i partnerskaber (Kegler et al., 2009). Kegler et al. (2009) fremhæver i tillæg til dette, at det er vigtigt med et velkommende miljø med en varm atmosfære, hvilket bl.a. indebærer at stille transport til rådighed og lave telefoniske opfølgninger med borgerne efter møder eller aktiviteter (Kegler et al., 2009). Under hæmmende faktorer til deltagelse beskrives bl.a. intimidering ift. hvordan møderne i partnerskabet foregår. Dette skyldes, at flere borgere i udsatte lokalområder ikke mestrer færdigheder til at sidde i sådan en proces, og kan have udfordringer ift. sprogbrugen, samt at borgerne foretrækker handling frem for proces (Kegler et al., 2009). Dette understøttes af studiet af Campbell et al. (2004) og Snooks et al. (2011), som også finder, at borgerne kan blive intimideret af formelle møder og det professionelle sprog, som bruges til disse møder. Samtidig fandt studiet af Campbell et al. (2004), at den offentlige sektor kan mangle tålmodighed overfor at borgerne mangler disse professionelle egenskaber (Campbell et al., 2004)..

Ydermere fremhæver Kegler et al. (2009) tid og manglende overskud som værende en hæmmende faktor for involvering af borgere, da mange borgere i udsatte lokalområder har travlt med at klare sig fra dag til dag (Kegler et al., 2009).

Når lokale borgere inddrages, er det bl.a. med hensigt om at opfange lokale behov, for således at kunne tilpasse tilbud til de udfordringer, der findes i lokalsamfundet. Her understreges det af Snooks et al. (2011), at der skal gøres en aktiv indsats for at opfange lokale problemstillinger, f.eks. via interviews. Lokale interviewere oplevede at få en øget bevidsthed ift. kompleksiteten i deres lokalsamfund. Gennem interviews med borgere blev nogle problemstillinger bekræftet, men der fremkom også nye perspektiver (Snooks et al., 2011). Ligeledes finder Kegler et al. (2009), at koordinators og frivilliges netværk, hvis de indebærer relationer til forskellige dele af samfundet, er en fremmede faktor for involvering af borgere (Kegler et al., 2009).

I studiet af Andrade (2016) beskrives derimod, hvordan det kan være udfordrende at opfange problemstillinger, da nogle folk kun fortæller familie og nære venner om problemer og sygdom. Det

understreges dog blandt nogle informanter, at det er vigtigt at få fat i *local community champions*, der beskrives som borgere, der resterende lokalsamfund stoler på, og disse har derfor mulighed for at indhente og videreformidle information (Andrade, 2016). Modsat mener nogle informanter, at disse personer ikke nødvendigvis agerer for lokalsamfundets fælles bedste, og derfor udgør en barriere for målet om at tilgodese hele lokalsamfundet, når de fungerer som gate-keepers (Andrade, 2016). Således kan social tillid mellem lokale partnere og øvrige borgere være en fremmede faktor ift. at opfange lokale behov, mens mistillid kan være hæmmende.

Opsummerende belyser litteraturen, at det er vigtigt at inddrage borgere i et partnerskab, der repræsenterer lokalsamfundet, men samtidig at dette er en udfordrende proces, da der findes flere barrierer for deltagelse i et partnerskab. Derudover er det ofte et mindretal der deltager, som ikke nødvendigvis kan repræsentere alle behov i lokalsamfundet. Vigtigheden af borgerrepræsentationen hænger bl.a. sammen med, at der i lokalsamfund kan være interne interessekonflikter og grupperinger, hvilket udfoldes i det følgende tema.

Et heterogent lokalsamfund

Udfordringer med at skabe repræsentation af hele lokalbefolkningen kan ses i lyset af, at der i et lokalsamfund kan være større geografiske områder, og at befolkningen er heterogen. Faren ved dette er, at skabe større eksklusion af nogle sociale grupper, hvis ikke disse repræsenteres i partnerskabet (Crawshaw et al., 2003). Dette understøttes med følgende citat: *A community isn't homogenous. So if you only involve part of it, it can become exclusive rather than inclusive* s. 40 (Crawshaw et al., 2003). Denne betragtning fremstilles også af i studiet af Carlisle (2010). Lokalsamfund som kontekst for dette studies partnerskab beskrives her som et potentielt misvisende begreb, da mange borgere identificerede sig med deres eget mindre kvarter, og ligeledes var der skarpe grupperinger mellem f.eks. alder og religiøse grupper og på tværs af områder. Yderligere var der interne konflikter og negative holdninger, hvilket medførte lokale interessekonflikter (Carlisle, 2010). Studiet af Campbell et al. (2004) beskriver i tillæg hertil, hvordan karakteristika ved lokalsamfundet ligeledes kan have betydning for borgernes involvering. Studiet finder, at det afrikansk-caribiske lokalsamfund, som udgør studiets population, er præget af at være fragmenteret og mangle ressourcer. Denne fragmentering, og deraf følgende mangel på enhed, blev betragtet som en mulig medvirkende årsag til manglende motivation for borgerinddragelse i projekter (Campbell et al., 2004).

Udover at lokalsamfund kan have interne grupperinger og være præget af heterogenitet viser litteraturen, at borgernes forhold til institutioner/autoriteter uden for lokalsamfundet ligeledes kan være en

betydende faktor for, hvordan der kan ageres i forhold til at danne partnerskaber med borgere i lokalsamfund. Her spiller tillid en central rolle, hvilket derfor vil blive belyst i det følgende afsnit.

Tillid til den offentlige sektor og organisationer

Nogle af studierne beskriver, hvorledes tillid til den offentlige sektor kan have en betydning for muligheden for at involvere borgere i partnerskaber.

Andrade (2016) beskriver en mistillid til systemet blandt studiepopulationen af etniske minoritetsgrupper, pga. manglende afrapportering af fund, manglende løbende engagement og en forforståelse af, at organisationer kun involverer lokale borgere, for at de kan sige at de har gjort det, og i virkeligheden ikke er interesserede i at lave forandringer i borgernes liv (Andrade, 2016). Den negative relation til autoriteter understreges også i studiet af Carlisle (2010).

Studiet af Campbell et al. (2004) beskriver ligeledes mistillid til systemet, idet den afrikansk-caribiske befolkning, som er studiets målgruppe, har en grundlæggende mistillid til den lovgivende sektor, samt en opfattelse af, at den lovgivende sektor ikke har tillid til dem. Denne mistillid baserede sig bl.a. på en opfattelse af, at der ikke blev gjort nok for at inddrage befolkningen og at inddragelsen blot var symbolsk. De havde derfor ikke meget tro på, at partnerskaber kunne gøre en forskel. Studiet finder, at mistilliden ser ud til at have betydning for den afrikansk-caribiske studiepopulation's involvering i sundhedsfremmende initiativer, hvor den lovgivende sektorer indgår som en del af partnerskabet (Campbell et al., 2004).

I relation til ovenstående fremhæves i studiet af Kegler et al. (2009), at det er vigtigt med partnerskaber med organisationer, der betragtes som pålidelige af befolkningen (Kegler et al., 2009).

På baggrund af studierne resultater kan det tyde på, at manglende tillid til systemet kan være en barriere for partnerskaber, der arbejder med at involvere lokale borgere, mens at partnerskaber med pålidelige organisationer kan være fremmende.

I tillæg til de hidtil gennemgåede temaer i litteratursyntesen blev der også identificeret et mindre tema omkring økonomiske ressourcer, hvilket vil blive belyst i det følgende afsnit.

Økonomiske ressourcer

Flere studier pointerer, hvorledes manglende økonomi kan anskues som en barriere for ønsket om et bæredygtigt partnerskab (Andrade, 2016; Crawshaw et al., 2003; Kegler et al., 2009). I studiet af Crawshaw et al. (2003) beskrives, hvorledes et afgrænset og kortsigtet økonomisk tilskud til aktiviteter i lokalsamfundet taler imod en bæredygtig borgerinvolvering, da lokalsamfundet kan tolke det

som et udtryk for manglende engagement (Crawshaw et al., 2003). Da et af formålene med projektet var at reducere social ulighed i fremtiden finder studiet, at det økonomiske tilskud er vigtigt at bibeholde, således at aktiviteterne ikke kun eksisterer i et eller to år (Crawshaw et al., 2003). Dette understøttes af følgende citat fra Andrade (2016) '*you try not to be this parachute effect and then the funding goes and you have to develop and start all over again*' s. 135 (Andrade, 2016). Kegler et al. (2009) fremfører desuden, at den nuværende funding til partnerskabsprojekter ikke er tilstrækkelig til at skabe den nødvendige borgerinvolvering og implementering (Kegler et al., 2009). Således viser litteraturen, at der kan være økonomiske ressourcer ift. selve tilrettelæggelsen af partnerskaber, som det er væsentligt at tænke ind for at øge partnerskabsprojekters muligheder for at skabe forandring på længere sigt.

10.4 Opsamling på litteratursyntesen

I tråd med specialets kvalitative analyse, hvor der blev fremanalyseret både hæmmende og fremmende faktorer for partnerskaber med lokale borgere, vil opsamlingen på litteratursyntesen blive inddelt på samme vis.

10.4.1 Fremmende faktorer

En bottom-up tilgang er at foretrække i partnerskaber med lokale borgere, for at sikre ejerskab, tilpasning til lokale behov og bæredygtighed. Denne tilgang kan dog understøttes af organisatoriske kompetencer. Derudover kan *brugen af borgere med lokale netværk og tillidsfulde relationer* facilitere en inddragelse af øvrige borgere i lokalsamfundet, f.eks. gennem interviews, uformelle samtaler og udbredelse af information. Ydermere anses *økonomiske ressourcer* som et afgørende bidrag til at skabe bæredygtige partnerskabsprojekter.

10.4.2 Hæmmende faktorer

Prædefinerede målsætninger for projekter, f.eks. på politisk niveau, kan gøre det udfordrende at implementere en bottom-up tilgang, idet disse ikke altid stemmer overens med borgernes ønsker. *Involvering af borgere kan modarbejdes af manglende tid, engagement og støtte til de professionelle partnere*, som arbejder med at fremme borgerinvolvering i partnerskabsprojekter. Ydermere kan *et heterogent lokalsamfund og en smal borgerrepræsentation* være en hæmmende faktor for, at alle borgeres behov repræsenteres i partnerskaber, hvorved sundhedsinitiativer ikke nødvendigvis tilpasses borgerne. I tillæg hertil kan *borgere opleve en række barrierer for involvering*, herunder intimidering ift. at deltage i formelle møder med professionelt sprogbrug, generelle sprogbarrierer,

barrierer ift. transport, samt manglende tid og overskud, ligesom *manglende tillid til den offentlige sektor og organisationer* kan være en barriere for borgernes deltagelse i partnerskaber i udsatte lokalsamfund.

11. Diskussion

I det følgende afsnit diskuteres specialets metodiske valg og overvejelser, hvorefter resultatdiskussionen følger og leder over i anbefalingerne til det kommunale arbejde med partnerskaber.

11.1 Metodediskussion

I dette afsnit diskuteres specialets videnskabsteoretiske og teoretiske udgangspunkt, og hvilken betydning dette har haft for specialet, samt de metodiske valg og fremgangsmåder, med refleksion over styrker og svagheder ved disse. Dette gøres med afsæt i de kvalitative kvalitetskriterier angående gyldighed og transparens (Thanggaard & Brinkmann, 2010).

11.1.1 Videnskabsteori

Ud fra specialets formål om at skabe en dybere forståelse for faktorer med betydning for partnerskaber som sundhedsfremmende strategi, blev hermeneutikken vurderet relevant som videnskabsteoretisk position. Med afsæt i fænomenologien, hvor forståelsen sættes i parentes, kan hermeneutikken dog kritiseres for at være for optaget af forskerens perspektiv, og derfor ikke være tilstrækkelig åben for nye erkendelser, og af samme grund være tilbøjelig til at overfortolke empirien (Juul, 2012a). Det kan dog fremføres, at det også med en hermeneutisk forståelse er muligt at holde en vis åbenhed overfor nye erkendelser, hvilket er forsøgt gjort i dette speciale bl.a. gennem analysestrategien. Datamaterialet blev læst igennem forud for kodningen, for at holde en åbenhed over for empirien. Ligeledes er det forsøgt ikke at presse teorien om social kapital ned over empirien, men i stedet er denne anvendt, hvor det har givet mening til at rekontekstualisere de empiriske fund. Her handler det i hermeneutikken om, at man med en bred frem for snæver horisont har mulighed for at se mere, end kun det umiddelbart foreliggende (Fredslund & Dahlager, 2011).

Hermeneutikken anskuer dog forforståelsen som en grundbetingelse og som produktiv for erkendelsen (Juul, 2012b), og derfor anses den aktive brug af forforståelsen, herunder teori, som en fordel ved dette projekt, for at opnå en bedre forståelse af fænomenet. Dette har afsæt i, at forforståelsen i en hermeneutisk tankegang anses som en forudsætning for at kunne opnå forståelse (Fredslund & Dahlager, 2011). Forforståelsen er blandt andet med til at danne et grundlag, hvorpå det er muligt at

finde frem til relevante forskningsspørgsmål (Fredslund & Dahlager, 2011). Således var forudgående viden om partnerskaber og social kapital med til at muliggøre, at der bl.a. kunne stilles relevante spørgsmål i interviewguiden.

11.1.2 Social kapital

Putnams teori om social kapital blev, som beskrevet i teoriafsnittet, fundet anvendelig til at understøtte analysen af det empiriske materiale, men teorien kan også kritiseres på en række punkter. Et kritikpunkt er eksempelvis, at teorien ikke skelner klart mellem årsags-virkningsforholdet, således at årsagerne til social kapital og effekterne af social kapital ikke adskilles (Rosenmeier, 2007). Et andet kritikpunkt er, at medlemskab af forskellige grupper og organisationer i sig selv ikke nødvendigvis skaber social kapital (Rosenmeier, 2007). Herudover er Putnam yderligere blevet kritiseret for, at hans typer af social kapital (bonding og bridging) mangler at beskæftige sig med den form for social kapital, der skabes ud fra vertikale relationer, f.eks. mellem almindelige individer og folk med politisk eller finansiell magt, såsom staten (Agger, 2017; Agger & Jensen, 2015). For at inkludere den sociale kapital, der skabes i vertikale relationer, kan begrebet *linking social capital* anvendes, hvilket er de vertikale relationer med mennesker med magt udenfor et samfund (Szreter & Woolcock, 2004). Dette kunne have været relevant at medtage ift. partnerskaber, hvori der netop indgår en form for ulige relation mellem kommunen og lokale borgere.

En styrke ved Putnams teori er dog, at tillid og normer indgår i operationaliseringen af social kapital, hvilket kan tilføje flere nuancer til social kapital begrebet, og der er muligt at vurdere om netværket har en positiv eller negativ funktion (Rosenmeier, 2007). I modsætning hertil har en anden fremtrædende social kapital teoretiker, sociolog Pierre Bourdieu, et mere ensidigt fokus på netværk i sin operationalisering af social kapital (Rosenmeier, 2007). Selvom Bourdieus begreb om social kapital kan fremføres som mindre nuanceret end Putnams kobler Bourdieu til gengæld social kapital med to andre kapitalformer, hhv. kulturel kapital og økonomisk kapital. Ud fra Bourdieus betragtning er de tre kapitalformer forbundet med hinanden og er med til at reproducere social ulighed (Bourdieu, 1986). Således ville Bourdieus teori i højere grad kunnet være anvendt til at give et bredere perspektiv på uligheds-spørgsmålet, hvilket er en del af dette projekts problemstilling. Putnams begreb kan dog bidrage til at belyse positive og negative konsekvenser ved lokale netværk, og blev derfor fundet anvendeligt i den kvalitative analyse.

På trods af forskelligheder i teoretikernes fremlægning af social kapital, er et fællestræk ved teoriene dog, at sociale netværk på baggrund af de sociale relationer har en værdi, som giver et udbytte

i form af social kapital (Rosenmeier, 2007). Ud fra denne betragtning vil netværk være en central del af en analyse, der anvender social kapital som teori, uanfægtet hvilken teoretiker, der anvendes.

11.1.3 Design

I dette projekt blev casestudie som design anvendt for at undersøge et fænomen i den sociale kontekst, hvori fænomenet udfolder sig. Det kan dog diskuteres, hvorvidt projektets case repræsenterer en best case, set ift. forventningerne om mulighederne ved partnerskaber. Til trods for uformelle samtale med projektlederen viste det sig, at den udvalgte case reelt kun havde samarbejdet omkring en enkeltstående sundhedsmesse. Hvis kommunen og de lokale borgere, som projektbeskrivelsen beskrev, havde samarbejdet omkring at etablere flere initiativer, og i højere grad havde haft fokus på lokal tilpasning, øget deltagelse og bæredygtighed, havde der potentielt været et større grundlag for et mere nuanceret materiale til besvarelse af problemformuleringen.

I casestudier kan der ligeledes anvendes flere cases, for således at udlede mere robuste resultater, samt belyse ligheder og forskelligheder (Antoft & Salomonsen, 2007). Det blev dog prioriteret at have tid til at gå i dybden med en enkelt case. I henhold til ønsket om at nå i dybden med casen, kan det i forlængelse heraf diskuteres, hvorvidt en enkel kvalitativ metode er dækkende. Alternative dataindsamlingsmetoder vil derfor diskuteres i afsnit 11.1.7, men først vil de valgte metoder diskuteres.

11.1.4 Rekruttering

Rekruttering af informanterne tog som beskrevet i metodeafsnittet afsæt i purposefull selection, herunder et ønske om maksimal variation indenfor Sundhedsrådet, således informanterne kunne bidrage med nuanceret information om partnerskabsprojektet. Til trods for dette var der flere begrænsninger i rekrutteringsprocessen. Ikke alle sundhedsrådsmedlemmer svarede på forespørgslen angående interview, hvorved rekrutteringen blev begrænset til, hvem der var tilgængelige. Yderligere kan der ved kvalitative undersøgelser med få informanter være risiko for key-information-bias (Maxwell, 2005), idet det ikke kan garanteres, at de deltagende informanters holdninger er typiske for de resterende deltagere i Sundhedsrådet. I forlængelse heraf vides det bl.a. at personer, der ikke er villige til at deltage i interviews, i højere grad kan repræsentere mere problematiske sider af et fænomen (Thagaard, 2004). Således kan det diskuteres, hvorvidt projektet i samme grad har fået information om begrænsninger og negative aspekter ved partnerskaber og borgerinddragelse, som

hvis alle repræsentanter for Sundhedsrådet havde deltaget. Det kan heraf diskuteres, om der er opnået tilstrækkelig indsigt i fænomenet, da en maksimal variation kunne have bidraget til yderligere indsigt og beskrivelser af fænomenet (Christensen et al., 2011).

Dog er informanternes demografiske data varierende, hvorved det kan argumenteres for, at der til en vis grænse er opnået maksimal variation. Dette anses som ønskværdigt, for at få et mere nuanceret indblik i forskellige synspunkter, så det er muligt at give en mere dækkende besvarelse af specialets problemformulering og dermed øge resultaternes gyldighed.

Alle informanter på nær én havde en mellemlang eller lang uddannelse, og repræsenterer derfor ikke målgruppen for partnerskabsprojektet. Den sparsomme viden om denne målgruppe er i stedet opnået gennem andenhånds beskrivelser fra medlemmerne af Sundhedsrådet. En fordel ved kvalitativ forskning kan netop være at give f.eks. marginaliserede grupper en stemme (Brinkmann, 2015). Det kan således diskuteres, hvorvidt specialegruppen med fordel også kunne have interviewet borgere med lav SES, for således at udlede anbefalinger, der også tog afsæt i deres holdninger og erfaringer med initiativer iværksat på baggrund af partnerskabsprojektet.

11.1.5 Datamætning

I projektet blev der udført seks interviews, hvilket kan diskuteres, om har været tilstrækkeligt. Når antallet af informanter skal vurderes som værende tilstrækkelige, kan der tages afsæt i mætningspunktet. Mætningspunktet er, når inddragelsen af flere informanter tilsyneladende ikke resulterer i en bedre forståelse af fænomenet (Thagaard, 2004). Undervejs i udførelsen af interviewene blev det erfaret, at informanternes udsagn var mangfoldige. Det blev dog også erfaret, at flere af de samme nuancer til temaerne gik igen informanterne imellem, og der blev opnået en vis dybde i disse temaer, hvorved det vurderes, at mætningspunktet til dels var opnået. Det kan dog diskuteres, om interviews med flere informanter kunne have bidraget med flere nuancer til temaerne. Dog bør antallet af informanter ikke være større, end at man også kan opnå dybdegående interviews (Thagaard, 2004), hvorved det vurderes at seks informanter har været tilstrækkeligt.

11.1.6 Interview

Kvaliteten af et interview er afgørende for et projekt, da det også påvirker kvaliteten af den efterfølgende analyse og projektets resultater (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvaliteten af interviews kan ifølge Kvale og Brinkmann bl.a. vurderes ud fra omfanget af righoldige og relevante svar samt opfølgninger og verificering af fortolkninger (Kvale & Brinkmann, 2015). Derfor har der forinden og under interviewet været rettet opmærksomhed på disse kriterier, men det kan diskuteres i hvor høj

grad, det er opnået. Det vurderes med afsæt i informanternes til tider lange svar, at de var righoldige, men i nogle tilfælde også afsporet fra spørgsmålet. Desuden er der arbejdet aktivt med at meningsafklare og verificere under interviewene, for således at øge gyldigheden. At opnå kvalitet kræver håndværksmæssig ekspertise og indsigt i, hvad der ønskes viden om og hvorfor (Kvale & Brinkmann, 2015). Den håndværksmæssige ekspertise kan ikke siges at være tilfældet grundet interviewernes begrænsede erfaringer. Der har til gengæld været fokus på at udarbejde relevante, åbne og opfølgende spørgsmål i spørgeguiden, som et led i det forberedende arbejde.

Under det første interview med et medlem af Sundhedsrådet blev det klart, at projektet ikke havde udspillet sig som planlagt efter projektbeskrivelsen. Det kunne derfor have været relevant at udføre et pilotinterview inden den egentlige dataindsamling, hvilket kunne have givet mere indsigt i projektets realisering, for derved at kunne stille mere målrettede spørgsmål. Interviewguiden blev dog revideret efter omstændighederne, for at tilpasse den bedre til de efterfølgende interviews.

Under et kvalitativt forskningsinterview kan strukturelle magtpositioner mellem interviewer og informant resultere i, at den interviewede udtrykker, hvad de tror forskeren gerne vil høre (Kvale & Brinkmann, 2015). Som beskrevet under metodeafsnittet blev dette forsøgt reduceret særligt ift. interviews med repræsentanter fra Sundhedsrådet, men det kan dog ikke udelukkes, at informanterne har været påvirket af magtforholdet, eller af projektets samarbejde med kommunen. Dette magtforhold og samarbejde har evt. resulteret i et fravalg af at udtrykke mere negative holdninger. Alle informanter var generelt meget positive ift. samarbejdet og resultatet af partnerskabet med kommunen. I tillæg til opretholdelsen af et mere ligeværdigt forhold mellem interviewer og informant blev der afvejet fra at spørge direkte ind til borgere med lav SES. Dette bunder i, at projektlederen ikke eksplicit havde informeret Sundhedsrådet om, at deres område netop er udvalgt, pga. den store andel af personer med lav SES. Retrospektivt kan det diskuteres, hvorvidt en mere konfronterende tilgang havde bidraget med mere righoldig information.

11.1.7 Alternative dataindsamlingsmetoder

Ved specialets start var det tiltænkt at anvende kvantitativt data til at undersøge hvilken effekt, partnerskabet havde på deltagelsen i lokale sundhedsinitiativer, blandt borgere med lav SES. Dette var dog ikke muligt, da der ikke fandtes registrerede data herfor i kommunen, ligesom der ikke var indkorporeret før- og eftermålinger i forhold til partnerskabsprojektet. Kvantitative data kunne have bidraget med bedre mulighed for at se eventuelle målbare forandringer i lokalsamfundet som følge

af partnerskabsprojektet, og dermed på mere objektiv vis have underbygget om partnerskabsprojekter i lokalsamfund kan være med til at facilitere øget deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter. Dette havde dog ikke erstattet den mere virkningsorienterede tilgang i dette speciale, men kvantitative data kunne have komplementeret de kvalitative fund og været med til at sandsynliggøre, om delmålet om øget deltagelse er muligt at opnå.

Ligeledes kunne observationer og uformelle samtaler både før og efter projektet have været anvendt til at belyse flere aspekter af lokalsamfundet og partnerskabsprojektet, herunder hvordan møder mellem kommunen og Sundhedsrådet er foregået, samt hvilke sundhedsaktiviteter, der har været før og efter projektet, og deltagelsen heri. Da projektet blev afsluttet kort efter dette speciales start, og tidshorisonten for projektet desuden var for vidtrækkende set ift. specialets tidsramme, var dette dog ikke praktisk muligt.

I stedet for at anvende dybdegående enkeltmands interviews, er fokusgruppeinterviews ligeledes en mulig dataindsamlingsmetode. Fokusgruppeinterview kan bidrage med viden om den social interaktion mellem informanterne (Halkier, 2009). Dette kunne potentielt have bidraget med relevant viden om interaktionen mellem projektleder og medlemmer af Sundhedsrådet, som et led i opnå flere nuancer i analysen af samarbejdet i partnerskabet.

11.1.8 Analysestrategi og resultater

Som beskrevet er det centralt i den filosofiske hermeneutik, at forskeren skal bringe sin forforståelse i anvendelse, men samtidig være villig til at lade sig belære af nye erfaringer (Juul, 2012b). De induktive opståede temaer kan således betragtes som tegn på, at projektmedlemmerne har formået at være åben i den analyserende proces og således har udvidet deres horisont. Gennem hele processen med kodning og rekontekstualisering blev datamaterialet og mulige tolkninger heraf diskuteret mellem gruppens medlemmer. Dette kan anses som forskertrianglering, hvor målet ikke er konsensus, men at opnå en mere kompleks og nuanceret analyse (Kitto, Chesters, & Grbich, 2008), hvilket der ved kan styrke resultaternes gyldighed. Ydermere ses det som en styrke, at analysen i høj grad er understøttet af citater. Dette bidrager til, at analysen fremstår som overbevisende og velunderbygget, og yderligere understøttes det hermeneutiske krav om transparens (Juul, 2012b).

11.1.9 Den systematiske litteratursøgning

Den systematiske litteratursøgning er beskrevet med høj detaljeringsgrad i den vedlagte søgeprotokol (bilag 4). Dette øger reproducerbarheden og udvalgte artikler kan således genfindes, hvis søgningen gentages (Buus et al., 2008), hvilket er med til at opfylde kvalitetskravet om transparens. Den systematiske litteratursøgning vurderes til at have en tilstrækkelig præcision, da der blev identificeret mange hits, der var relevante for problemstillingen. Præcision er en vurdering af, om man under en søgning har undgået for meget støj og fundet relevant litteratur (Buus et al., 2008). Der blev dog identificeret hhv. 478 hits i PubMed og 507 hits i Sociological Abstract, hvorved det kan diskuteres, om søgningen her har været for bred. Dog var det som tidligere beskrevet valgt at anvende mange forskellige termer for partnerskaber, idet der er et vist overlap i definitionerne. Relevante studier kunne således risikere at blive ekskluderet ved en mere snæver søgestrategi. Under søgningen i Sociological Abstract blev det erfaret, at søgeresultaterne indeholdte mange artikler, som rakte udover et sundhedsmæssigt fokus. Derfor kunne det have været relevant at tilføje en ekstra blok med *Sundhedsfremme/forebyggende aktiviteter*, for således at minimere støj og skabe mere præcision.

De mange hits resulterede i en omfattende udvælgelsesproces. For at mindske risikoen for at overse relevante studier og selektionsproblemer, blev alle studier gennemgået af to personer, der læste studierne uafhængigt af hinanden. Ved tvivl omkring studiernes relevans blev disse diskuteret i gruppen.

Kvaliteten af de identificerede studier er forsøgt bevidstgjort, ved at anvende tjeklister og synliggøre de forskellige studiers styrker og svagheder. I dette speciale er COREQ anvendt som tjekliste til vurdering af kvaliteten i de kvalitative studier. Det kan dog diskuteres, om tjeklister til kvalitative studier er velegnede pga. deres forsøg på kvantificering. Bl.a. derfor er selve scoren i de forskellige studier ikke pålagt en særlig værdi ift. artiklens kvalitet, da alle kategorier pålægges samme værdi, om end det er manglende titel på interviewer, eller manglende interviewguide. Tjeklisten blev derfor anvendt i en mere overordnet grad til at vurdere studiernes styrker og svagheder. Med afsæt i dette, vurderes de inkluderede studier generelt til at være af middel kvalitet. Overordnet kan de kvalitative studier kun til en vis grad opfylde kvalitetskriteriet angående transparens, da der er i flere tilfælde ingen vedlagt interviewguide og mangelfulde informantkarakteristika, samt få citater som belæg for analysen. De endelige studier blev og først og fremmest udvalgt ift. relevans for projektets problemfelt og dernæst på kvaliteten.

I forhold til evidenshierakiet, hvor metanalyser og randomiserede kontrollerede studier rangerer højest (Juul, 2012), kan projektets inkluderede studier kritiseres for at være placeret langt nede i hierarkiet. Dog kan kvalitative studier berettiges med afsæt i evidensstypologien. Evidensstypologien er et alternativ til evidenshierakiet, hvor styrken af designet ses i forhold til formålet med studiet (Rieper & Hansen, 2007). Ift. projektet problemstilling kan kvalitative studier således vurderes til at rangere højt, da disse er velegnet til at uddybe komplekse indsatser som partnerskaber i en kontekst af et lokalsamfund. Desuden er det umuligt i sundhedsfremmeindsatser i lokalsamfund at kontrollere for omstændighederne, som det gøres i de kliniske evidensmetoder (Bak et al., 2011; Rieper & Hansen, 2007).

Der er udelukkende inkluderet studier fra udlandet, hvorfor det kan diskuteres, hvorvidt resultaterne er overførbare til en dansk kontekst. Dog er der via in- og eksklusionskriterierne frasorteret studier fra ikke vestlige lande, og det vurderes at de inkluderede kontekster; England, Scotland, Wales og USA er kulturelt sammenlignelige med Danmark, trods forskellen i opbygning af deres sundhedsvæsen.

Opsummerende er kvalitetskriteriet om transparens tilstræbt gennem hele forskningsprocessen ved på gennemsigtig vis at beskrive videnskabsteoretiske og teoretisk antagelser samt metode for dataindsamling og analysestrategier. Dette har til hensigt at gøre det muligt for læseren at vurdere i hvilke teoretiske og metodiske sammenhænge, de rapporterede resultater skal betragtes (Thanggaard & Brinkmann, 2010). Ligeledes er partnerskabsprojektet og dets kontekst, samt karakteristika for informanterne, præsenteret så righoldigt og nøjagtigt som muligt, inden for de etiske rammer om anonymitet. Således er det muligt at vurdere, hvorledes projektets resultater kan overføres til en beslægtet kontekst.

11.2 Resultatdiskussion

I det følgende afsnit diskuteres udvalgte resultater fra specialets kvalitative studie samt litteraturstudiet, som et afsæt for i det efterfølgende afsnit at komme med anbefalinger til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber, som sundhedsfremmende strategi i udsatte lokalsamfund.

11.2.1 Lokalsamfund som kontekst for sundhedsfremme

Som beskrevet er lokale partnerskaber et lokalsamfundsinitiativ, hvor et mål er, at interventioner skal tilpasses de aktuelle behov og ønsker i lokalsamfundet. Lokalsamfund er dog et komplekst koncept, men er ofte refereret til som et geografisk afgrænset område eller baseret på en forståelse af, at beboerne har fælles interesser, lignende livsstil eller fælles karakteristika såsom etnicitet

(Minkler, Wallerstein, & Wilson, 2008). Det er dog tvivlsomt, at sådanne homogene lokalsamfund eksisterer i praksis. Resultater fra både projektets litteraturstudie og kvalitative interviews understøtter, at det ikke kan antages, at der i lokalsamfund findes en homogen population, men at et lokalsamfund ofte består af mindre grupperinger på tværs af f.eks. geografi, alder og SES, samt lokale interessekonflikter (Campbell et al., 2004; Carlisle, 2010; Crawshaw et al., 2003). Dette gør målet om lokal tilpasning og inddragelse udfordrende, og der kan sættes spørgsmålstejn ved effekten af lokale partnerskaber, som er designet til at fungere på lokalsamfunds niveau. På trods af et afgrænset område kan det nødvendigvis ikke antages, at ideen om one-size-fits-all passer i praksis. Således skal der rettes stor opmærksomhed på, at antagelsen om homogene borgere i lokalsamfund, og målet om tilpassede tilbud, ikke resulterer i en øget social ulighed i sundhed, hvis f.eks. kun borgere karakteriseret med høj SES inddrages og imødekommes.

Projektets case tager afsæt i et landområde, men resultaterne fra litteraturstudiet tager derimod hovedsageligt afsæt i en kontekst bestående af by eller boligblokke. Fælles for konteksterne er, at de kan beskrives som udsatte lokalområder, bl.a. med afsæt i en høj koncentration af borgere med lav SES, som qua den sociale ulighed i sundhed også øger andelen af borgere med f.eks. dårligt mentalt helbred, lavt selv vurderet helbred og sygdom. Blandt nogle af de inkluderede studier er konteksten, modsat specialets udvalgte case, præget af et miljø med en stor andel af etniske minoriteter, hvor sprog og kultur f.eks. kan udgøre en barriere ift. at få disse grupper repræsenteret i partnerskabet. En diskussion af borgerrepræsentation uddybes i følgende afsnit.

11.2.2 Ildsjæle og/eller bred borgerrepræsentation

Et kerneelement i arbejdet med lokale partnerskaber, som et led i at øge deltagelsen i sundhedsfremmende tilbud i udsatte lokalområder, er ikke blot at tilbyde flere tilbud, men også at målrette tilbudene til befolkningens egne udtrykte behov og problemstillinger via borgerinddragelse. I specialets case var fokus i højere grad at invitere og åbne op for nye deltagere til de allerede mange eksisterende tiltag. Det er dog væsentligt med de rette lokale partnere - og hvem er de så? Den kvalitative empiri understreger, at det er borgere, som karakteriseres som ildsjæle med en drivkraft, et engagement i lokalsamfundet og en stor kontaktflade. Her har der fra projektlederens side ikke været rettet opmærksomhed mod en bred repræsentation, men de lokale partnere understreger dog selv vigtigheden af en bred forankring på tværs af geografi. De er således ikke bredt repræsenteret ift. SES, og derved er målgruppen for selve intervention, som et led i at reducere den sociale ulighed, ikke repræsenteret. Litteraturstudiet understøtter, hvorledes lokale partnere ofte er borgere med ressourcer,

som f.eks. samarbejdsevner og netværk, men samtidig ikke repræsenterer lokalsamfundet i bred forstand (Andrade, 2016; Carlisle, 2010; Crawshaw et al., 2003). I forlængelse heraf rettes der i litteraturstudiet en større opmærksomhed på vigtigheden af, at hele lokalsamfundet repræsenteres, for således at tilgodesee alle befolkningsgrupper, og undgå at kun mindre gruppers behov og ønsker prioriteres. Det bidrager således med en mere kritisk vinkel ift. at en manglende bred borgerrepræsentation kan medføre at stemmer bliver ugyldiggjorte og grupper ekskluderes (Carlisle, 2010; Crawshaw et al., 2003).

Det kan i forlængelse heraf diskuteres, hvorvidt og hvordan det kan lade sig gøre at etablere et partnerskab med ildsjæle, der har ressourcer ift. samarbejdskompetencer og netværk, og samtidigt sikre, at hele lokalsamfundet repræsenteres -også personer med lav SES. På dette kan der med afsæt i projektets resultater ikke gives et klart og endegyldigt svar, men der kan udledes nogle opmærksomhedspunkter, som vil danne afsæt for anbefalinger til det kommunale arbejde med partnerskaber (se afsnit 12).

I forlængelse heraf kan det også diskuteres, hvorvidt det er etisk forsvarligt at lade en mindre gruppe lokale borgere, som led i et partnerskab, definere et helt lokalsamfunds behov. Dette skal ses i lyset af, at inddragelse af borgere i beslutninger, der vedrører dem selv, kan anses som en demokratisk ret og etisk mest forsvarligt, og netop ses om en fordel ved lokalsamfundsinterventioner (Bak et al., 2011). Ydermere kan bottom-up processer ses som en tilgang, hvorpå paternalistisk sundhedsfremme undgås (Braunack-Mayer & Louise, 2008). Men hvis kun en mindre gruppe repræsenteres, bliver det blot paternalistisk i den forstand, at disse og ikke kommunen definerer, hvad sundhed er, og hvordan den skal fremmes. I forlængelse heraf kan det dog diskuteres, hvorvidt personer med lav SES besidder overskuddet og ressourcerne til at agere i et partnerskab. Dette kan bl.a. understøttes af studiet af Kegler (2009), der beskriver, hvorledes målgruppen har travlt med at klare hverdagen, og derfor ikke har overskuddet og tiden til at deltage i en proces som et partnerskab (Kegler et al., 2009). Yderligere er det beskrevet i anden litteratur, at f.eks. marginaliserede borgere muligvis ikke har kapacitet til at foretage væsentlige autonome valg og identificere sine værdier eller interesser, hvilket kan skabe en licens til en mere paternalistisk intervention (Braunack-Mayer & Louise, 2008).

På hvilket niveau borgerrepræsentanter i et partnerskab skal inddrages og en diskussion af bottom up og top down tilgange udfoldes i det følgende afsnit.

11.2.3 Top-down >< bottom-up

Nogle af studierne belyser, hvorledes der på teoretisk plan er betragtninger om, at en bottom-up tilgang er at foretrække i et succesfuldt partnerskab med lokale. Det anses som middel til at reagere på lokale behov, facilitere ejerskab og fordrer derfor at indsatsen forankres lokalt og bliver bæredygtig (Andrade, 2016; Crawshaw et al., 2003). Det empiriske materiale understøtter, hvorledes en bottom-up tilgang styrker det lokale ejerskab, hvorimod præ-definerede aktiviteter, som led i en top-down tilgang, kan resultere i et manglende ejerskab og deraf fravær af engagement ift. lokal rekruttering og formidling. Både litteraturstudiet og det empiriske materiale indikerer i forlængelse heraf, hvorledes en bottom-up tilgang trues af politiske/kommunale målsætninger og rammer.

I en dansk kontekst kan det diskuteres, hvorvidt definitionen af et partnerskab og de politiske satte rammer herfor er selvmodsigende og modarbejder styrken ved lokale partnerskaber ift. til at reagere på lokalt definerede behov. I regeringens sundhedspolitik beskrives rammerne for en partnerskabsstrategi. Her eksemplificeres det, hvordan lokale partnerskaber skal fokusere på lokalt ejerskab og skræddersyede løsninger, men samtidig skal et partnerskab minimum fokusere på et, men gerne flere af de nationale mål for danskernes sundhed, som f.eks. *Flere skal bevæge sig mere i dagligdagen* og *Flere skal vælge et røgfrit liv* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). I forlængelse heraf kan det diskuteres, hvorvidt de øremærkede penge til implementeringen af et lokalt rygestopkursus i den indeværende kommunale case kan retfærdiggøres, som et led i en partnerskabsstrategi. Det er nødvendigvis ikke en dårlig ide at etablere lokale rygestopkurser, der i landområder kan reducere tid og distance som en barriere, men der kan sættes spørgsmålstejn ved, om det skal være en del af et partnerskabsprojekt, da det modarbejder formålet om en fælles vision og et afsæt i lokale behov og løsninger. Således kan regeringens og deraf kommunens definition og rammer for partnerskaber modarbejde en bottom-up tilgang og styrken ved et partnerskab med lokale borgere. Qua den tidligere diskussion af hvorledes nogle målgrupper, f.eks. borgere med lav SES, ikke har overskuddet og ressourcerne til at deltage i en partnerskabsproces kan det diskuteres, hvorvidt det er entydigt, at en bottom-up tilgang og et højt niveau på deltagelsesstigen er den fortrukne tilgang. Det empiriske materiale indikerer, at det er velset blandt borgerrepræsentanterne, at kommunen skaber rammerne og agerer som tovholder for projektet, da dette var med til at facilitere, at sundhedsdagen blev implementeret. Dette understøttes bl.a. af studierne af Carlisle (2010) og Snooks et al. (2011). I forlængelse af dette skal det understreges, at et partnerskab iflg. Arnstein (1969) ikke er det højeste trin på deltagelsesstigen (Arnstein, 1969). Endvidere får et partnerskab netop sin styrke af, at alle partnere bidrager med deres respektive ressourcer, kompetencer og ideer. Her kan kommunen spille ind med f.eks. organisatoriske kompetencer, økonomiske ressourcer, samt viden og erfaringer med

tidligere/lignende projekter, mens lokale borgere kan bidrage med kendskab til lokalområdet og netværk.

Det kan yderligere diskuteres, hvorvidt der som udgangspunkt altid vil eksistere en form for top-down tilgang i partnerskabsprojekter, da kommunen initierer projektet og udvælger et lokalsamfund, hvor de på forskellige parametre har vurderet et behov for sundhedsfremme.

11.2.4 Tillid/mistillid

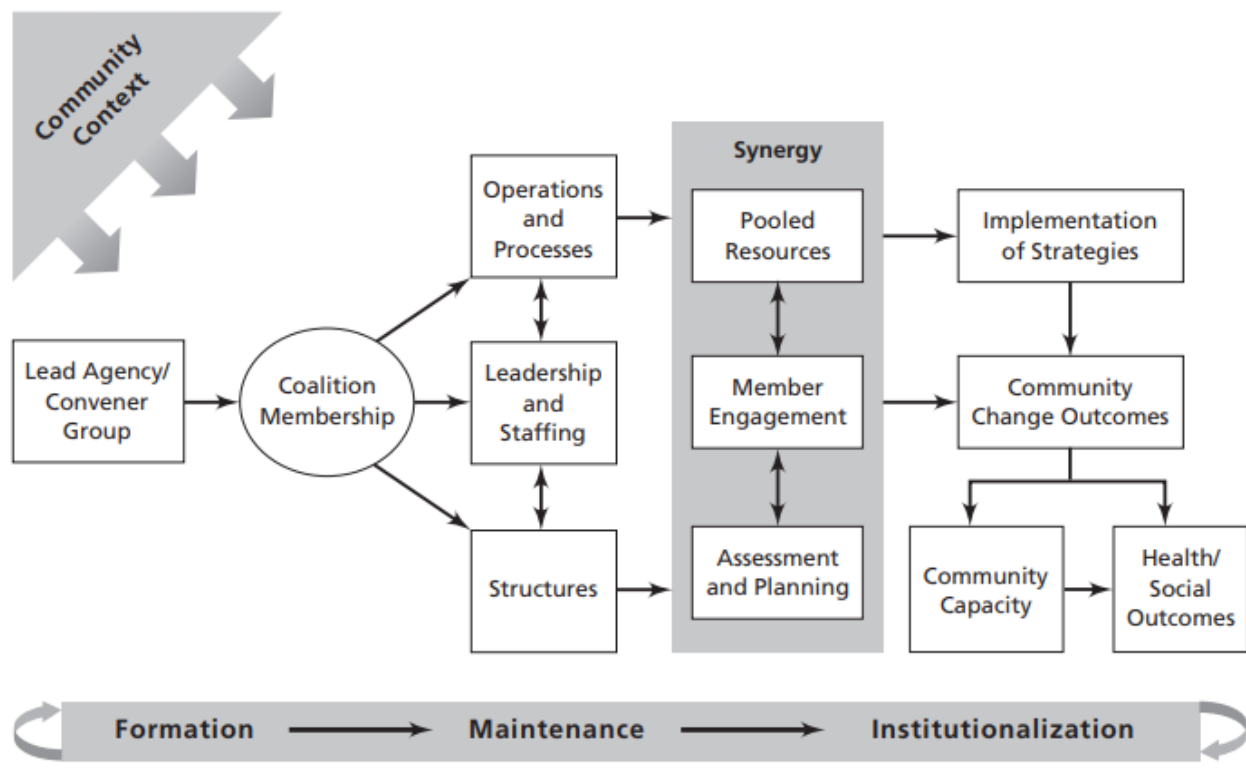
Det kvalitative interview indikerer, at der i specialets konkrete case blandt nogle borgere forekommer en negativ forståelse af kommunen. Dette understøttes af flere af studierne i den systematiske litteratursøgning (Andrade, 2016; Campbell et al., 2004; Carlisle, 2010). Den manglende tillid kan på den ene side gøre det vanskeligt at finde borgerrepræsentanter, men samtidigt indikerer resultater fra det kvalitative studie, at denne mistillid netop understøtter relevansen af et partnerskab med lokale borgere, da dette kan øge følelsen af lokalt ejerskab og mindske modstand mod projektet fra lokalbefolkningen.

Denne manglende tillid kan ses i lyset af, at borgeres grad af tillid til sundhedssystemet er afhængigt af social status. Personer med lav uddannelsesgrad har mindst tillid til sundhedsvæsenet, hvor personer med høj uddannelse, høj indkomst eller erhvervsmæssig høj placering i samfundet, har en høj grad af tillid til sundhedsvæsenet (Trygfonden, 2016). En forklaring på denne forskel kan være, at de mennesker, der klarer sig godt socialt, er bedre til at indgå i og udvikle tillidsrelationer både til andre mennesker, men også til samfundets systemer, sammenholdt med dem, der klarer sig mindre godt i samfundet (Vardinghus-Nielsen & Bak, 2018). Denne grundlæggende mistillid til systemet blandt folk med lav SES, er således en udfordring i arbejdet med partnerskaber, der skal reducere den sociale ulighed. Det kan i forlængelse heraf diskuteres, hvorvidt og hvordan det kan lade sig gøre at etablere et partnerskab, der inkluderer personer med lav SES, eller øger deltagelsen heriblandt, for at nedsætte den sociale ulighed. Den kvalitative analyse tyder på, at denne gruppe anvender en anden tillidsform end de øvrige i samfundet, da de har brug for, at det er naboen, som prikker dem på skulderen og ikke kommunen. Dette relaterer sig således til den sociale tillid, som indgår i Putnams begreb om social kapital, og som er en tillidsform, der kan eksistere samtidig med, at der ikke er tillid til systemer. Resultaterne fra casen tyder dog på, at der også kan være en grænse for den sociale tillid, set i forhold til den mulige mistillid til lokale instruktører på de kommunale sundhedstilbud. Dette understøttes af studiet af Andrade, hvor der var divergerende opfattelser ift. til, om man kan stole på *local community champions* (Andrade, 2016).

I et partnerskab skal man således bestræbe sig på at håndtere disse forhold angående tillid, i interaktion med borgerne i lokalsamfundet.

12. anbefalinger i et organisatorisk forandringsperspektiv

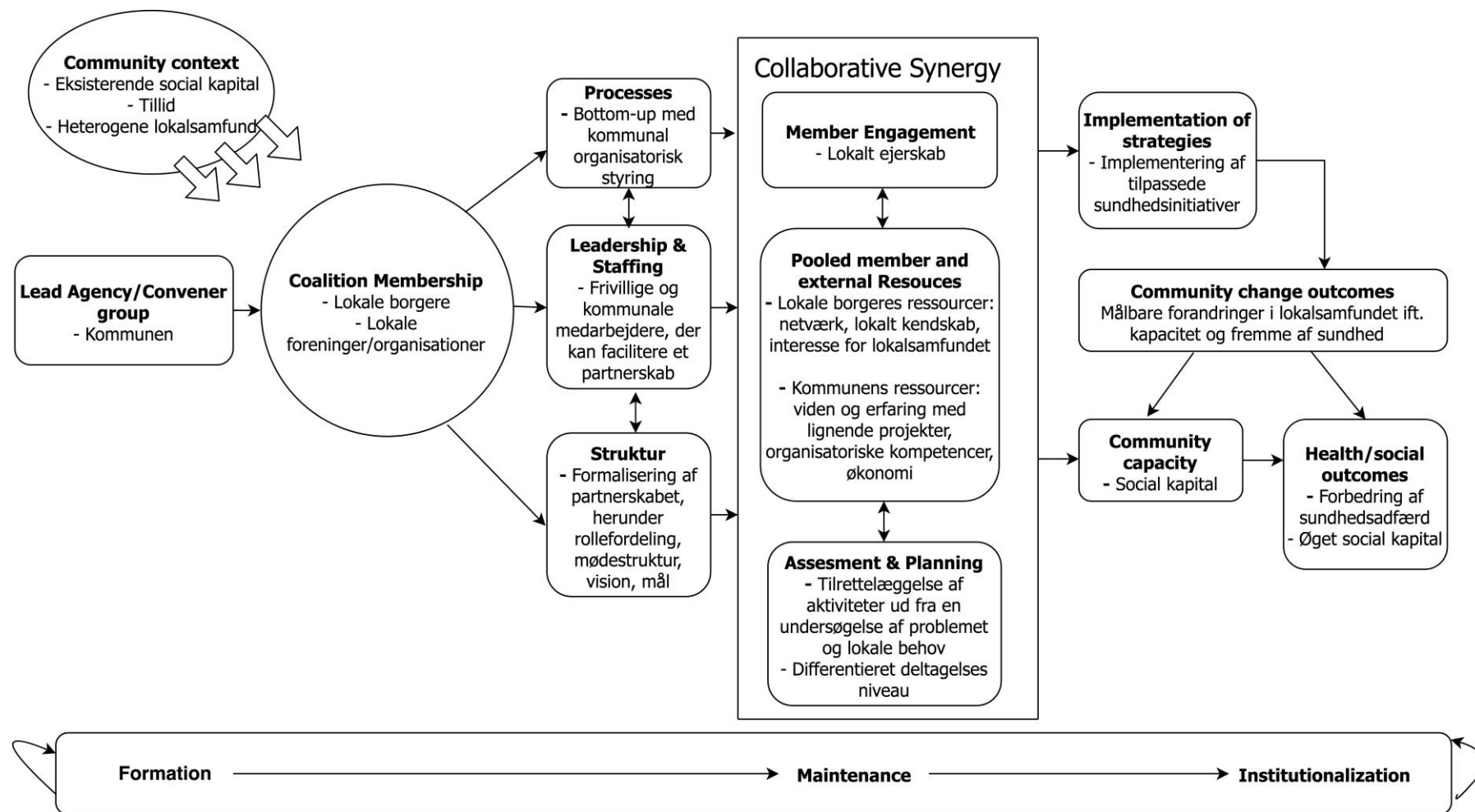
Med afsæt i de fremanalyserede resultater fra de kvalitative interviews samt det systematiske litteraturstudie, vil dette afsnit udlede anbefalinger til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber, som sundhedsfremmende strategi i udsatte lokalsamfund. Hertil anvendes en organisatorisk teori *Community Coalition Action Theory* (CCAT), som teoretisk ramme. Formålet med disse anbefalinger er at vejlede, hvorledes kommuner med fordel kan praktisere partnerskaber. Ydermere har modellen til hensigt at fungere som et strategisk redskab til at fastlægge partnerskabets organisatoriske retning. Valget om en organisatorisk ramme for disse anbefalinger tager afsæt i, at partnerskaber med fordel kan tænkes som en organisation, for således at undgå at partnerskabet bliver for personafhængigt og endvidere indtænke, at der skal laves en plan for handling, for bl.a. at sikre partnerskabets bæredygtighed. Organisatoriske teorier kan give indsigt i, hvordan man faciliterer implementeringen af en bestemt intervention inden for en organisation og dermed hjælpe med at forklare, hvordan en organisation kan opnå målet om øget sundhed (Butterfoss, Kegler, & Francisco, 2008). CCAT er udarbejdet af Michelle Kegler og Frances Butterfoss på baggrund af tidligere modeller for partnerskaber i lokalsamfund samt empiriske undersøgelser (Butterfoss & Kegler, 2012; Butterfoss et al., 2008). I forlængelse heraf tager teorien afsæt i, at et partnerskab sidestilles med en koalition (Butterfoss & Kegler, 2012). I nedenstående figur 7 ses CCAT modellen.



Figur 7 Community Coalition Action Theory (Butterfoss et al. 2008)

Som det fremgår af figur 7 illustrerer CCAT, hvorledes koalitioner udvikler sig i tre forskellige faser, *formation*, *maintenance* og *institutionalization*. Denne udvikling er nødvendigvis ikke lineær, da koalitioner kan bevæge sig tilbage til tidligere stadier, hvis de påtager sig nye problemer, rekrutterer nye medlemmer eller opdaterer handlingsplaner (Kegler & Swan, 2011). Indledningsvis under *formation* findes medlemmer til partnerskabet, og i forlængelse heraf skal centrale ledere og medarbejdere udvikle strukturer og driftsprocesser, der kan fremme koalitions effektivitet (Butterfoss & Kegler, 2012). Under *maintenance* kombinerer koalitionsmedlemmerne deres forskellige individuelle og organisatoriske ressourcer, hvilket skaber samarbejdssynergien, der resulterer i tilpassede handlingsplaner og interventionsstrategier. Under fasen indgår også opretholdelse af medlemmernes engagement og selve implementeringen af strategier (Butterfoss & Kegler, 2012). Afslutningsvis, under fasen *institutionalization*, skal gennemførelsen af veltilrettelagte interventionsstrategier resultere i forbedrede politikker, programmer og praksis, som alle er en del af *community change outcomes*. Disse fører endvidere til sociale og sundhedsmæssige outcomes (Butterfoss & Kegler, 2012).

I nedenstående figur 8, er fund fra den systematiske litteratursøgning og den kvalitative undersøgelse indsat under de forskellige kategorier i CCAT modellen. Således vil følgende afsnit uddybe CCAT-modellen med afsæt i specialets resultater, for på baggrund heraf at udlede anbefalinger til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber.



Figur 8 CCAT model med anbefalinger til kommunale partnerskaber med lokale borgere

Community context: CCAT understøtter, hvorledes partnerskaber er indlejret i lokalsamfundet og beskriver, hvordan kontekstuelle faktorer kan virke fremmende eller hæmmende på de tre faser i CCAT modellen (Butterfoss & Kegler, 2009). Ud fra den systematiske litteratursøgning blev det erfaret, at der kan findes mistillid til systemet blandt borgere i udsatte lokalområder (Andrade, 2016; Campbell et al., 2004; Carlisle, 2010). Dette kom yderligere til udtryk i den kvalitative undersøgelse, hvor en negativ forforståelse af kommunen, samt eksisterende social kapital havde betydning for partnerskabet, hvilket kan influere på alle de forskellige faser. Med afsæt i resultaterne fra litteraturstudiet, samt den kvalitative undersøgelse, er forståelsen af et lokalsamfund som en homogen størrelse desuden fejlagtig, da der kan findes interne grupperinger og interessekonflikter. Det kan således anbefales, at kommunen kortlægger lokalsamfundet ift. f.eks. lokale grupperinger og social kapital. Dette kan f.eks. opnås via observationer, uformelle samtaler, samt en lokal sundhedsprofil. Denne kortlægning er vigtig, da den giver et informationsudgangspunkt for de efterfølgende faser og beslutninger.

Lead Agency/Convener group: Ifølge CCAT opstår et partnerskab, når et ledende agentur responderer på f.eks. en sundhedsrisiko (Butterfoss & Kegler, 2009). I dette speciale er fokus på kommunen som den part, der initierer etableringen af partnerskabet, for at øge borgernes sundhed og reducere den sociale ulighed. Fra dette udgangspunkt starter etableringen af partnerskabet.

Coalition Members: I *formation* fasen rekrutteres en gruppe lokale borgere, som vil være med til at løse et folkesundhedsproblem (Butterfoss & Kegler, 2009). Ifølge CCAT bliver et partnerskab mere effektivt, hvis der inkluderes en bred repræsentation af forskellige foreninger eller organisationer, da disse således kan tilføje forskellige perspektiver, holdninger og ressourcer (Butterfoss & Kegler, 2009). Både projektets kvalitative fund samt litteraturstudiet understøtter, hvorledes en smal repræsentation kan være en hæmmende faktor for, at et partnerskab når målet om at implementere sundhedsinitiativer, der imødekommer forskellige borgergrupper. Det anbefales således at kommuner rekrutterer et bredt repræsenteret borgerkorps samt lokale foreninger. Kommunen skal ydermere have et skærpet fokus på, hvem der inddrages som lokale partnere for at sikre bred repræsentation, og ikke kun have fokus på de sædvanlige lokale ildsjæle. Her skal kommunen medtænke, at en bred repræsentation kan omfatte faktorer såsom geografi, sociale grupperinger, etnicitet samt SES. Her kan kortlægningen af lokalsamfundet bidrage med viden om disse kontekstuelle faktorer, som rekrutteringen af borgere kan tage udgangspunkt i.

For eksempel kan det anbefales at kortlægge, hvorvidt der eksisterer en brobyggende social kapital på tværs af sociale grupper. Hvis dette er tilfældet kan det potentielt forsvares, at lokale partnere ikke består af personer med lav SES, hvis deres kontaktflade også inkluderer denne målgruppe, således at også deres stemmer bliver hørt.

I henhold til et ønske om at rekruttere borgere med lav SES til et partnerskab, skal man ud fra litteratursyntesen være opmærksom på, at disse borgere kan opleve en række barrierer for involvering, herunder mistillid til systemet (Andrade, 2016; Campbell et al., 2004; Carlisle, 2010). Derudover er der praktiske faktorer, såsom tidsforbrug og transport (Kegler et al., 2009), samt sprogbarrierer for etniske minoritetsgrupper (Andrade, 2016).

På den anden side fremhæves et velkommende miljø med en varm atmosfære som en fremmende faktor for involvering (Kegler et al., 2009). Med afsæt i specialets resultater kan det således anbefales at kommunen skal være opmærksom på disse barrierer og have fokus på, at der skal arbejdes aktivt for at få borgere i udsatte lokalområder til at engagere sig i partnerskaber. Dette kan f.eks. tilvejebringes ved at vise lokalsamfundet, at kommunale partnere er engagerede og oprigtigt interesserede i at inddrage borgerne.

Processes: Processer indeholder beslutninger om, hvordan samarbejdet i partnerskabet skal gennemføres. En åben og hyppig kommunikation parterne imellem faciliterer et positivt miljø, og godt samarbejde. Ydermere faciliterer en delt beslutningstagning en god synergi mellem parterne (Butterfoss & Kegler, 2009). Dette understøttes af studier fra den systematiske litteratursøgning som belyser, hvorledes en bottom-up tilgang er at foretrække i et succesfuldt partnerskab med lokale borgere. Det anses som middel til at reagere på lokale behov og facilitere ejerskab (Andrade, 2016; Crawshaw et al., 2003). Ligeledes understøtter det empiriske materiale, hvorledes en bottom-up tilgang styrker et lokalt ejerskab, hvorimod præ-definerede aktiviteter, som et led i et top-down tilgang, kan resultere i et manglende ejerskab og deraf manglende engagement ift. lokal rekruttering og formidling. Således anbefales, at kommunerne anvender en bottom-up tilgang, hvor lokale partnere får stor indflydelse på prioriteringer og løsningsmodeller. Det anbefales derfor også, at kommunale medarbejdere får den nødvendige støtte og tid til at fuldføre inkluderende processer. En bottom-up tilgang skal dog ske i en kombination af, at kommunen er tovholder, procesansvarlig og sætter den organisatoriske ramme. Dette vil blive udfoldet i det følgende afsnit om struktur.

Structure: Ifølge CCAT indebærer struktureringen af et partnerskabsprojekt formaliseringer såsom f.eks. regler, roller, procedure for udvikling og mødestruktur. Formaliseringer af denne slags er med

til at engagere medlemmer, og sikre struktur og fremadrettet udvikling (Butterfoss & Kegler, 2009). Dette understøttes også af resultaterne i det kvalitative studie, hvor det beskrives, hvorledes en præcis rollefordeling, som viser hvad man kan forvente af de forskellige parter, kan virke som en fremmende faktor i et partnerskab. Dog skal man ifølge litteraturstudiet være opmærksom på, at nogle borgere med lav SES kan blive intimideret af formel mødestruktur og fagsprog (Campbell et al., 2004; Kegler et al., 2009; Snooks et al., 2011).

Kommunen kan således anbefales at stå for partnerskabets formaliseringer, og klarlægge rollefordelingen og agere som tovholder ved at stå for mødestrukturen, for at sikre en udvikling i partnerskabsprojektet. I den forbindelse skal kommunen ikke diktere de organisatoriske rammer, men inkludere de lokale partnere i hvorledes disse skal udformes, for at kunne imødekomme borgere som ikke har mødeerfaring og mistrives med formel struktur.

Leadership & staffing: En stærk ledelse er med til at styrke et partnerskab via facilitering af samarbejdssynergier. Uden en ledelse er partnerskaber ikke i stand til at komme fra de initierende faser til en reel udvikling og implementering. Ledelsen i et partnerskab er væsentlig for strukturering af samarbejdsprocesser, såsom kommunikation og beslutningstagning (Butterfoss & Kegler, 2012). Ud fra dette speciales resultater er det svært at udlede yderligere anbefalinger om ledelse af et partnerskab, udover hvad der er udledt under forrige afsnit om struktur.

Member engagement: Engagement hos medlemmerne af partnerskabet handler om, hvorvidt de er dedikerede ift. partnerskabets mål, har en høj grad af deltagelse, og er tilfredse med det, partnerskabet udfører. Ifølge CCAT-modellen vil medlemmernes deltagelse i et partnerskabs arbejde være mere fuldstændig/total, hvis de er tilfredse og engagerede. Engagementet kan fremmes af forskellige faktorer, herunder at fordele/goder opvejer omkostningerne ved deltagelse, ligesom der skal være et positivt miljø i partnerskabet (Butterfoss & Kegler, 2009).

I dette speciales case tyder det på, at medlemmerne af Sundhedsrådet har opnået et lokalt ejerskab over den del af partnerskabsprojektet, som omhandlede sundhedsdagen, og at de har været meget tilfredse med afviklingen af denne. Deres engagement og deltagelse i planlægningen og udbredelsen af dette initiativ har derfor været høj, hvilket ser ud til at have været motiveret af en bottom-up proces. Dette understøtter derfor anbefalingen om en bottom-up tilgang, og understreger sammenhængen mellem CCAT-modellens delelementer *process* og *member engagement*, som illustreret i figur 8.

Pooled member and external resources: Ifølge CCAT opnår Partnerskaber deres fulde potentiale, hvis de enkelte partnere formår at kombinere deres forskellige ressourcer, idet dette kan være med til at skabe en synergi-effekt, der gør partnerskabet mere effektivt ift. at planlægge og implementere aktiviteter (Butterfoss & Kegler, 2009).

I casen blev det klart, at kommunen og de lokale borgere hver især har bidraget med forskellige ressourcer, hvilket ser ud til at have været en fremmede faktor for at realisere partnerskabet. Borgernes bidrag har været ressourcer såsom lokalt kendskab, netværk og en interesse for lokalsamfundet, mens kommunen har bidraget med økonomiske ressourcer, organisatoriske kompetencer, samt viden og erfaringer fra lignende projekter. Flere studier understøtter dette og beskriver yderligere, at økonomiske ressourcer kan bidrage til et bæredygtigt partnerskab (Andrade, 2016; Crawshaw et al., 2003; Kegler et al., 2009).

Det kan heraf anbefales, at der i forbindelse med identificeringen, udviklingen og implementeringen af lokalt tilpassede aktiviteter skal indtænkes, at synergieffekten er størst i overlappet mellem partnernes forskellige viden og ressourcer. Dog med det in mente, at der under identificeringen af behov og ønsker skal være rum og rammer til en bottom-up proces, men at kommunen under udvikling og implementering med fordel kan bidrage med erfaring og organisatoriske kompetencer. På baggrund af dette anbefales kommunen at klarlægge, hvad de kan byde ind med af egne ressourcer, og facilitere at de lokale borgere anvender deres ressourcer, for derigennem at skabe en synergi-effekt.

Assessment & Planning: Ifølge CCAT-modellen er det mere sandsynligt, at der kan implementeres effektive sundhedsindsatser og opnås de planlagte outcomes, hvis der foretages en omfattende undersøgelse og plan for handling forud for implementeringen af aktiviteter (Butterfoss & Kegler, 2009).

I casen ser det ud til, at der ikke har været et stort fokus på at inddrage borgere uden for Sundhedsrådet i planlægningen af partnerskabsprojektet, men i stedet har det været en lukket proces, der har taget afsæt i Sundhedsrådets formodninger om sundhedsproblemer og behov i området. At det ofte kan være et mindretal, som ikke nødvendigvis repræsenterer hele lokalsamfundet, understøttes ligeledes af to studier (Carlisle, 2010; Crawshaw et al., 2003). Både casen og nogle af studierne (Andrade, 2016; Kegler et al., 2009; Snooks et al., 2011) sandsynliggør, at der kan skabes adgang til andre borgere gennem de repræsentanter, som er en aktiv del af et partnerskab, hvorved det kan være relevant at medtænke, at repræsentanterne af f.eks. et Sundhedsråd aktivt opsøger behov hos

de øvrige borgere på en systematisk måde. I tillæg til dette viser litteraturstudiet, at det ikke er en selvfølge at borgere, trods et bredt netværk, kender behov og ønsker blandt befolkningen (Snooks et al., 2011). Således er det vigtigt med en aktiv indsats for at få aktuelle problemstillinger op til overfladen. Det kan derfor anbefales, at der i undersøgelses og planlægningsdelen er stort fokus på at undersøge lokale behov og planlægge aktiviteter ud fra dette, så det ikke udelukkende bliver op til en mindre lukket gruppe, som ikke er repræsentative for hele lokalsamfundet, at definere indsatsen. Her kan det medtænkes, at ikke alle borgere nødvendigvis har ressourcerne eller interessen for at være en aktiv partner i et partnerskab, men for at opfylde målet om *assessment* kan disse borgere evt. inddrages på lavere niveauer af deltagelsesstigen. I forlængelse heraf kunne man f.eks. forsøge at anvende borger til borger interview, borgermøder eller photo-voice, som er mulige metoder til at indsamle forskellige borgeres perspektiver.

Implementation of strategies: Ifølge CCAT-modellen har forskellige faktorer betydning for implementering, herunder f.eks. tilstrækkelige ressourcer, et støttende partnerskabs- og organisatorisk miljø, samt at implementeringsplanen overholdes (Butterfoss & Kegler, 2009). Implementeringen af tilpassede sundhedsinitiativer er derfor afhængig af de forudgående faser. I forlængelse af indikationer om diversitet og interessekonflikter indenfor mindre lokalområder (Campbell et al., 2004; Carlisle, 2010; Crawshaw et al., 2003), kan det yderligere anbefales, at differentielle tilbud medtænkes, således målet om tilpassede tilbud opnås.

Community Change, Community Capacity og Health/Social Outcomes: I institutionaliseringsfasen illustrerer CCAT-modellen, hvordan gennemførelsen af aktiviteterne påvirker outcomes af partnerskaber. Her opererer CCAT-modellen med tre kategorier for disse outcomes, hhv. *Community Change Outcomes*, *Community Capacity* og *Health/Social Outcomes*. *Community Change* refererer til, at der sker ændringer ift. politik, praksis og miljø, hvilket kan påvirke de to øvrige outcome kategorier. *Community Capacity* dækker over, at et outcome af succesfulde partnerskaber kan være, at der opbygges kapacitet og social kapital i lokalsamfundet, hvilket kan anvendes i andre sammenhænge fremadrettet. *Health/Social Outcomes* referer til gengæld direkte til de sundhedsmæssige og sociale ændringer, hvilket i modellen anses som det ultimative udtryk for effekten af et partnerskab (Butterfoss & Kegler, 2009). Således viser modellen dermed, at partnerskabsprojekter kan

skabe outcomes på flere forskellige planer, hvilket kan være relevant at medtænke i partnerskabsprojekter, så der ikke udelukkende er fokus på det ultimative mål om ændringer ift. eksempelvis sundhedsadfærd.

Ud fra dette speciales empiri er det fortsat vanskeligt at fastslå sammenhængen mellem partnerskabsprojekter og outcomes. På baggrund af den fortsatte usikkerhed ift. partnerskabers effekt kan det anbefales, at fremtidige projekter har et større fokus på at evaluere partnerskabsprojekter, hvilket vil blive belyst i afsnit 12.2 om evalueringsmetode.

12.1 Mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser

I følgende afsnit vil mulige tilsigtede og utilsigtede konsekvenser som resultat af partnerskaber med lokale borgere som sundhedsfremmende strategi vurderes. Sociolog Robert K. Merton har beskrevet, hvorledes der i forbindelse med implementering af forebyggende eller sundhedsfremmende tiltag altid, i tillæg til de tilsigtede konsekvenser, som kan karakteriseres ved at være bevidste og ønskelige, kan opstå utilsigtede konsekvenser, som ikke har været bevidstgjort, da initiativet blev implementeret (Merton, 1936) .

12.1.1 Utilsigtede negative konsekvenser

Øget social ulighed i sundhed

Når interventioner som partnerskaber arbejder med borgerinddragelse, kan der som beskrevet i analysen opstå utilsigtede konsekvenser, såfremt der ikke arbejdes bevidst med at inddrage de grupper, der har færrest ressourcer. Det kan resultere i, at kun ressourcestærke borgeres interesser og behov bliver udgangspunktet for interventioner i lokalsamfundet, hvorved der potentielt kan opstå yderligere ulighed i sundhed. I ovenstående anbefalinger er det forsøgt at imødekomme og bevidstgøre dette problem. Dog illustreres det i litteraturstudiet, at der er flere barrierer for deltagelse i partnerskaber blandt borgere med lav SES, og at denne målgruppe i langt mindre grad er repræsenteret som partnere. Dette understøttes af erfaringer fra dansk kontekst. Et kvarterløftsprojekt baseret på lokalbefolkningens deltagelse beskriver, hvorledes at deltagelse kræver bestemte ressourcer såsom tid, viden og ressourcer relateret til organisatoriske og politiske processer. Disse ressourcer er ikke ligeligt fordelt i befolkningen, og det tyder på, at de svageste borgere i højere grad bliver målgruppen for aktiviteter end involveret i udviklingen af dem (Poulsen, 2004). Opmærksomheden i oven-

stående anbefalinger, på at deltagelse med fordel kan indtænkes på forskellige niveauer, er dog tiltænkt at reducere denne utilsigtede konsekvens ved at øge muligheden for deltagelse blandt personer med lav SES.

Medikalisering og stigmatisering

Medikalisering kan defineres som; *"A process whereby more and more of everyday life has come under medical dominion, influence and supervision"* s. 210 (Conrad, 1992). I forlængelse heraf kan det ses som en proces, hvor sundhed bliver en generel referenceramme for flere og flere områder af hverdagslivet, og hvor menneskelige vilkår og problemer bliver underlagt et medicinsk- og sundhedsperspektiv (Holtug, Kongsholm, Lægaard, & Nielsen, 2009). Når lokalsamfundet bliver konteksten og lokale borgere bliver partnere, og derved en del af en sundhedsfremmende strategi, kan det siges, at hverdagslivet som fænomen nu forstås ud fra et sundhedsperspektiv. Medikaliseringstendensen kan føre til en ideologisk eller altdominerende fokusering på sundhed som den primære værdi i livet. Denne tendens kan endvidere medføre lavere selvtillid og selvhad, samt risiko for stigmatisering blandt de borgere, der ikke kan leve op til ideologien om sundhed (Holtug et al., 2009). Begrebet stigmatisering er beskrevet af sociologen Erving Goffman (Goffman). Ifølge Goffman kan dominerende normer og værdier lede til devaluering eller stempling af grupper eller individer, der afviger fra disse normer, og derved ekskluderes de fra fællesskabet (Goffman, 2009). Ydermere kan der være risiko for stigmatisering af borgere, i forbindelse med rekruttering til partnerskaber, idet repræsentanter, der antages at have sundhedsmæssige problemer, udpeges og stemples som afvigere fra normen om sundhed.

12.1.2 Tilsigtet konsekvens – reducere af den sociale ulighed

Formålet med disse anbefalinger er at målrette, hvorledes kommunen ved en partnerskabsstrategi kan fremme sundhedsinitiativer, som imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund. Dette kan ses som et led i regeringens mere langsigtede mål om at reducere den sociale ulighed i sundhed (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a), hvilket derfor kan betragtes som en tilsigtet konsekvens ved disse anbefalinger. Som fremanalyseret og diskuteret er der risiko for, at behov og løsninger bestemmes af kommunen eller af ressourcestærke borgere. Dette er der dog forsøgt elimineret i ovenstående anbefalinger, så hvis disse anvendes som organisering for kommunale partnerskabsstrategier, må det formodes at implementeringen af sundhedsinitiativer i højere grad vil imødekomme borgere med lav SES. Dette kan potentielt øge sandsynligheden for deltagelse. Hvis denne deltagelse yderligere ændrer borgerens sundhedsadfærd, sociale kapital mm. til det bedre, ud

fra et sundhedsfagligt perspektiv, kan det betragtes som en reduktion i den sociale ulighed. At reduktionen af social ulighed i sundhed alene opnås gennem deltagelse i lokale sundhedsinitiativer kan anskues som utopisk. Hertil kan der rettes opmærksomhed på, at kommunerne sundhedsforvaltning ikke kan løse udfordringen med at reducere social ulighed i sundhed alene. Indsatsen skal løftes af alle forvaltningerne i kommunen, for således også at fokuserer på de mere distale årsager til ulighed i sundhed som f.eks. uddannelse og beskæftigelse. Ydermere kan der med fordel også foretages strukturelle initiativer på regionalt og nationalt plan f.eks. i form af lovændringer og afgiftsændringer (Hvass et al., 2012). Specialets anbefalinger går dog på, hvad der ligger inden for kommunernes rækkevidde ift. at tilgodese, at sundhedsinitiativer imødekommer borgere med lav SES. Det anses hermed som et enkelt led og et lille skridt på vejen mod reducere af den sociale ulighed i sundhed.

For at undersøge hvorvidt anbefalingerne i praksis kan opnå målet om tilpassede sundhedsinitiativer, øget deltagelse blandt borgere med lav SES og det langsigtede mål om øget reducere af den sociale ulighed, skal indsatsen evalueres. Derfor vil følgende afsnit kort introducere relevante metoder hertil.

12.2 Evalueringsmetode

Formålet med specialet anbefalinger er at understøtte Regeringens seneste forebyggelsespolitik *Sundere liv for alle*, hvor det ønskes at udarbejde en 'værktøjskasse', der kan gøre det nemmere at oprette et partnerskab (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Evalueringen er et vigtigt element i processen til at udvikle og videreudvikle interventioner (Krogstrup, 2016), og det betragtes derfor som væsentligt, at evaluering medtænkes som en del af implementering af anbefalingerne. Ifølge forebyggelsespolitikken skal effekten af partnerskabsstrategien kunne måles i Børnedatabasen, Skolebørnsundersøgelsen og Den Nationale Sundhedsprofil (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014a). Disse metoder til evaluering kan dog kritiseres på flere punkter. Dels er det usandsynligt at en lokal effekt, som er tilfældet ved lokale partnerskaber, ville kunne aflæses i Sundhedsprofilen, idet der kun vil være en lille stikprøve, som kommer fra det specifikke lokalområde. I stedet kunne det være relevant at benytte en lokal sundhedsprofil, som kan anvendes til at danne en baseline og lave målinger af effekt, og som vil kunne give et mere detaljeret billede af lokalområdet, ved at give indblik i f.eks. beboersammensætning og mulige sundhedsrelaterede problemstillinger (Bak et al., 2011). Derudover er der fra regeringens side kun fokuseret på en summa-

tiv evalueringsform, hvor udgangspunktet er selve resultatet af en færdigudviklet indsats. En summativ evaluering er en kvantitativ bedømmelse af resultater, og anvendes ofte til at danne grundlag for, om offentlige midler stadig skal finansiere projekter, om de skal nedlægges eller om de skal etableres i andre sammenhænge (Krogstrup, 2016). Summativ evaluering af interventioner overfor sociale problemer såsom social ulighed kan dog kritiseres for at anse interventioner som simple og med et entydig årsags-virkningsforhold (Krogstrup, 2016). Det kan derfor være relevant ved implementeringen af specialets ovenstående anbefalinger også at medtænke en formativ evaluering. Gennem en formativ evaluering imødekommes kompleksiteten i målet om tilpassede sundhedsinitiativer, som et led i at reducere den sociale ulighed. En formativ evaluering kan bidrage med et fokus på selve processen og virkningsmekanismerne i et partnerskab, og gøre det muligt at udvikle partnerskabet undervejs, samt bidrage med erfaringer til andre partnerskabsprojekter. En evaluering med fokus på proces og kontekst vil netop kunne se på hvad der virker for hvem, og under hvilke omstændigheder, frem for kun at have et ensidigt fokus på, om det virker (Fletcher et al., 2016). En programteoretisk tilgang er en kombination af en summativ og formativ tilgang. Denne muliggør endvidere at evaluere, om der er tale om en fejl i implementering, dvs. at indsatsen ikke er udført som planlagt, eller det er teorien om hvad der skaber forandring, der er fejlbarlig, hvis indsatsen er implementeret som planlagt, men ikke fører til de formodede outcomes (Krogstrup, 2016). Således vil en programteoretisk tilgang i højere grad medvirke til erfaringsudveksling som et led i at udvikle en 'værktøjskasse' til brugen af partnerskaber som sundhedsfremmende strategi.

13. Analytisk generaliserbarhed

Dette projekts afsæt i hermeneutikken og case-studie-designet betyder, at et fænomen ikke kan forstås uafhængigt af dets kontekst (Antoft & Salomonsen, 2007; Fredslund & Dahlager, 2011). Derfor vil dette afsnit diskutere projektets analytiske generaliserbarhed, som refererer til en vurdering af fortolkningens omsættelighed til andre situationer, der afviger fra konteksten, hvori undersøgelsen er foretaget (Fredslund & Dahlager, 2011). Hvorledes projektets anbefalinger kan overføres og være vejledende for andre kommuners arbejde med partnerskaber, vurderes således i forhold til, om dimensioner og sammenhænge fra den studerede case kan genfindes i andre udsatte lokalsamfund i Danmark. Her anses det som en styrke, at case-studiet kontekst af landområde er suppleret med litteraturstudiet, hvis kontekst hovedsageligt bygger på en kontekst af by og boligblokke. Da anbefalingerne tager afsæt i et sammendrag af disse resultater vurderes det, at anbefalingerne kan anvendes bredt ift. det kommunale arbejde med lokale partnerskaber i udsatte lokalsamfund. Dette understøttes ved, at case-studiets analytiske generaliserbarhed øges ved at undersøgelsens empiriske fund sammenlignes med tidligere fund fra studier i samme felt, og forudsætter ydermere en tæt kobling mellem empiri og teori (Antoft & Salomonsen, 2007). Projekts analytiske generaliserbarhed vurderes således styrket af litteraturstudiet og inddragelsen af teori i fortolkningen.

14. Konklusion

Formålet med specialet var at udlede anbefalinger til det kommunale arbejde med lokale partnerskaber som sundhedsfremmende strategi. Disse anbefalinger tager afsæt i fremmende og hæmmende faktorer, der har betydning for hvorledes et partnerskab kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer borgere i udsatte lokalsamfund.

Ud fra specialets case og litteraturstudie kan det konkluderes, at en bottom-up tilgang i forhold til at identificere behov og finde løsningsmodeller kan fremme lokalt ejerskab og tilpassede sundhedsinitiativer i lokalsamfundet. I tillæg til dette kan kommunen med fordel bidrage med økonomiske ressourcer, erfaringer og organisatoriske kompetencer, da dette fremmer implementeringen. Lokale borgere med et lokalsamfunds engagement og et stort netværk kan tillige medvirke til at fremme muligheden for at lokale behov i bred forstand repræsenteres i partnerskabet.

Lokalt tilpassede sundhedsinitiativer kan yderligere fremmes ved at sikre borgerrepræsentation på tværs af foreninger, geografi og sociale skel. Eksisterende social kapital, i form af normer om generaliseret gensidighed, er en fremmende faktor for, at lokale borgere melder sig som partnere. Ydermere kan social kapital i form af bridging netværk være med til at imødekomme borgere, som ikke er repræsenteret i partnerskabet. En relativistisk tilgang til sundhedsinitiativer, der rummer sundhed som et bredt og subjektivt fænomen, kan desuden fremme oplevelsen af relevans blandt flere borgere.

I tillæg til de fremmende faktorer hæmmer manglende bred borgerrepræsentation og prædefinerede målsætninger om f.eks. rygestopkurser og effekter på sundhedsadfærd, at sundhedsinitiativer tager afsæt i lokale behov og imødekommer flere borgere. Hertil er mistillid til offentlige og kommunale sektorer, tid og overskud, samt intimidering af formelt sprog og mødestruktur en hæmmende faktor for deltagelse som partner.

Afsluttende vurderes det, at specialets anbefalinger med fordel kan inkorporeres i *Community Coalition Action Theory*, for således at skabe en organisatorisk handleplan for partnerskaber. Det anbefales med afsæt heri, at kommunen f.eks. via en lokal sundhedsprofil, observationer eller uformelle samtaler kortlægger lokalsamfundet ift. eventuelle lokale grupperinger og social kapital i form af netværk. Med afsæt i kortlægningen af lokalområdet skal der rekrutteres et bredt repræsenteret borgerkorps samt lokale foreninger. Det anbefales, at kommunen anvender en bottom-up tilgang således lokale behov prioriteres, samt at lokalt ejerskab og engagement for deltagelse i partnerskabet sikres. Dette skal dog kombineres med, at kommunen sætter den organisatoriske ramme, og derved fungerer som tovholder, klarlægger rollefordeling og mødestruktur, for således at sikre en

udvikling i partnerskabsprojektet. I forlængelse heraf skal kommunen klarlægge deres ressourcer og facilitere, at de lokale borgere anvender deres ressourcer, for derigennem at skabe en synergi-effekt. På baggrund af den fortsatte usikkerhed ift. partnerskabers effekt kan det anbefales, at fremtidige projekter har et større fokus på evaluering, f.eks. med afsæt i en programteoretisk tilgang.

15. Referenceliste

- Agger, A. (2017). Borgerinddragelse og lokaldemokrati i det boligsociale arbejde. In M. Laurberg (Ed.), *Socialt arbejde i udsatte boligområder* (1st ed., pp. 169–196). Hans Reitzels Forlag.
- Agger, A., & Jensen, J. O. (2015). Area-based Initiatives—And Their Work in Bonding, Bridging and Linking Social Capital. *European Planning Studies*, 23(10), 2045–2061.
- Algren, M. H., Bak, C. K., Berg-Beckhoff, G., & Andersen, P. T. (2015). Health-Risk Behaviour in Deprived Neighbourhoods Compared with Non-Deprived Neighbourhoods: A Systematic Literature Review of Quantitative Observational Studies. *PLoS ONE*, 10(10), 1–17.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0139297>
- Algren, M. H., Ekholm, O., van Lenthe, F., Mackenbach, J., Bak, C. K., & Andersen, P. T. (2017). Health-risk behaviour among residents in deprived neighbourhoods compared with those of the general population in Denmark: A cross-sectional study. *Health & Place*, 45, 189–198.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2017.03.014>
- Andersen, P. T. (2010). Empowerment som frigørelse? In P. T. Andersen & H. Timm (Eds.), *Sundhedssociologi - en grundbog* (1st ed.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Andrade, M. De. (2016). Tackling health inequalities through asset-based approaches, co-production and empowerment: ticking consultation boxes or meaningful engagement with diverse, disadvantaged communities? *Journal of Poverty and Social Justice*, 24(1), 127–141.
- Antoft, R., & Salomonsen, H. (2007). Det kvalitative casestudium - introduktion til en forskningsstrategi. In R. Antoft, M. H. Jacobsen, A. Jørgensen, & S. Kristiansen (Eds.), *Håndværk og horisonter - Tradition og nytænkning i kvalitativ metode* (pp. 29–57). København: Syddansk Universitetsforlag.
- Arnstein, S. R. (1969). A Ladder Of Citizen Participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224.
- Bak, C. K., Dreier, J. W., & Andersen, P. T. (2011). *Systematisk sundhedsfremme i udsatte boligområder - brobygning mellem forskning og praksis*. Esbjerg.
- Bernard, P., Charafeddine, R., Frohlich, K. L., Daniel, M., Kestens, Y., & Potvin, L. (2007). Health inequalities and place: A theoretical conception of neighbourhood. *Social Science and Medicine*, 65, 1839–1852.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In J. G. Richardson (Ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education* (pp. 46–58). Westport, Conn.: Greenwood Press.
- Braunack-Mayer, A., & Louise, J. (2008). The ethics of community empowerment: Tensions in

- health promotion theory and practice. *Promotion & Education*, 15(3), 5–8.
- Breck, T. (1999). Risikokommunikation - fra “public deficiency” til gensidig dialog. *Roskilde Universitetscenter*, (12), 8–12.
- Brinkmann, S. (2015). Etik i en kvalitativ verden. In S. Brinkmann & L. Tanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder - en grundbog* (2.). Hans Reitzels Forlag.
- Brønnum-Hansen, H., Juel, K., Davidsen, M., & Sørensen, J. (2007). Impact of selected risk factors on quality-adjusted life expectancy in Denmark. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35, 510–515. <https://doi.org/10.1080/14034940701271908>
- Bukman, A. J., Duijzer, G., Haveman-Nies, A., Jansen, S. C., ter Beek, J., Hiddink, G. J., & Feskens, E. J. M. (2017). Is the success of the SLIMMER diabetes prevention intervention modified by socioeconomic status? A randomised controlled trial. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 129, 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2017.05.002>
- Butterfoss, F. D., & Kegler, M. C. (2009). The Community Coalition Action Theory. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler (Eds.), *Emerging theories in health promotion practice and research: strategies for improving public health*. San Francisco.
- Butterfoss, F. D., & Kegler, M. C. (2012). A Coalition Model for Community Action. In M. Minkler (Ed.), *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare* (pp. 309–328). Rutgers University Press.
- Butterfoss, F. D., Kegler, M. C., & Francisco, V. T. (2008). Mobilizing organizations for health promotion. Theories of organizational change. In K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education. Theory, research and practice* (4th ed., pp. 336–358). San Francisco: Jossey-Bass.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. (2008). Litteratursøgning i praksis. *Sygeplejersken*, 10, 2–8.
- Campbell, C., Cornish, F., & McLean, C. (2004). Social capital, participation and the perpetuation of health inequalities: Obstacles to African-Caribbean participation in “partnerships” to improve mental health. *Ethnicity and Health*, 9(4), 313–335. <https://doi.org/10.1080/1355785042000302799>
- Carlisle, S. (2010). Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a Social Inclusion Partnership in Scotland. *Critical Public Health*, 20(1), 117–127. <https://doi.org/10.1080/09581590802277341>

- Chen, H. T. (2015). *Practical program evaluation: theory-driven evaluation and the integrated evaluation perspective* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Chinn, D. J., White, M., Howel, D., Harland, J. O. E., & Drinkwater, C. K. (2006). Factors associated with non-participation in a physical activity promotion trial. *Public Health*, 120(4), 309–319. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2005.11.003>
- Christensen, U., Nielsen, A., & Schmidt, L. (2011). Det kvalitative forskningsinterview. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4th ed., pp. 61–89). Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Coffey, A., & Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative data: complementary research strategies*. Thousand Oaks, California: SAGE Publications.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annu. Rev. Sociol.*, 18, 209–232.
- Crawshaw, P., Bunton, R., & Gillen, K. (2003). Health Action Zones and the problem of community. *Health and Social Care in the Community*, 11(1), 36–44.
- Cyril, S., Smith, B. J., Possamai-Inesedy, A., & Renzaho, A. M. N. (2015). Exploring the role of community engagement in improving the health of disadvantaged populations: a systematic review. *Global Health Action*, 176(2), 199–205. <https://doi.org/10.1177/0269881110372818>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Futures Studies* (Vol. 14). <https://doi.org/978-91-85619-18-4>
- Danmarks Statistik. (2016). Indhold. Retrieved April 11, 2018, from <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/indvandrerere-og-efterkommere/indhold>
- Danske Regioner. (2017). *Sundhed for livet - forebyggelse er en nødvendig investering*.
- Diderichsen, F., Andersen, I., & Manuel, C. (2011). *Ulighed i sundhed - Årsager og indsatser*. København: Sundhedsstyrelsen. <https://doi.org/978-87-7601-340-0>
- Diez Roux, A. V., & Mair, C. (2010). Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–145. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2009.05333.x>
- Dixon-Woods, M., Cavers, D., Agarwal, S., Annandale, E., Arthur, A., Harvey, J., ... Sutton, A. J. (2006). Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Medical Research Methodology*, 6(35). <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-35>
- Dryden, R., Williams, B., McCowan, C., & Themessl-Huber, M. (2012). What do we know about

- who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. *BMC Public Health*, 12(723). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-723>
- Espersen, H. H., & Andersen, L. L. (2017). Styring og samarbejde i det boligsocialearbejde-civilsamfund, partnerskaber, samskabelse og samproduktion. In L. Glerup & B. Mazanti (Eds.), *Socialt arbejde i udsatte boligområder* (1st ed., pp. 197–222). København: Hans Reitzels Forlag.
- Finansministeriet. (2004). Lavindkomstgruppen – mobilitet og sammensætning. København K: Schultz Information.
- Flachs, E., Eriksen, L., Koch, M., Ryd, J., Dibba, E., Sko-Ettrup, L., & Juel, K. (2015). Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. *Statens Institut for Folkesundhed. Syddansk Universitet*. København: Sundhedsstyrelsen. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Fletcher, A., Jamal, F., Moore, G., Evans, R. E., Murphy, S., & Bonell, C. (2016). Realist complex intervention science: Applying realist principles across all phases of the Medical Research Council framework for developing and evaluating complex interventions. *Evaluation*, 22(3), 286–303. <https://doi.org/10.1177/1356389016652743>
- Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. In S. Brinkmann & L. Thaggaard (Eds.), *Kvalitative metoder, en grundbog* (1. udgave, pp. 463–487). København: Hans Reitzels Forlag.
- Frandsen, T. F., Dyrvig, A., Christensen, J. B., Færevold, I., & Oelholm, A. M. (2014). En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. *Ugeskrift for Læger*, 176(7), 647–651.
- Fredslund, H., & Dahlager, L. (2011). Hermeneutisk analyse - forståelse og forforståelse. In S. Vallgård & L. Koch (Eds.), *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4th ed., pp. 157–181). København: Munksgaard Danmark.
- Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory : effective use of theories of change and logic models* (1st ed.). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Funnell, S. C., & Rogers, P. J. (2011). *Purposeful program theory : effective use of theories of change and logic models* (1st ed.). San Francisco, Calif.: Jossey-Bass.
- Gadamar, H.-G. (2007). *Sandhed og metode- grundtræk af en filosofisk hermeneutik*. (A. Jørgensen, Ed.) (2nd ed.). Aarhus: Academica.
- Galobardes, B., Lynch, J., & Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin*, 81–82, 21–37. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldm001>
- Goffman, E. (2009). *Stigma - om afvigernes sociale identitet* (1st ed.). Frederiksberg:

Samfundslitteratur.

- Groenenberg, I., Crone, M. R., van Dijk, S., Gebhardt, W. A., Ben Meftah, J., Middelkoop, B. J. C., ... Assendelft, W. J. J. (2015). "Check it out!" Decision-making of vulnerable groups about participation in a two-stage cardiometabolic health check: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 234–244. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.10.010>
- Halkier, B. (2009). *Fokus grupper* (2.). København: Forlaget samfundslitteratur.
- Hanak, M. L., Falk, J., Størup, M., & Bruun, J. J. (2007). *Forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen. Sundhedsstyrelsen*. Retrieved from <http://www.sst.dk/~media/F69660BA049649D68187AD1C12281CA6.ashx>
- Hansen, C. D., & Petersen, A. (2013). Social kapital og sundhed - analyser fra Nordjylland, 20.
- Holtug, N., Kongsholm, N., Lægaard, S., & Nielsen, M. E. J. (2009). *Etik i forebyggelse og sundhedsfremme*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Hvass, L. R., Manghezi, A., Folker, A. P., & Sandø, N. (2012). *Social ulighed i sundhed – hvad kan kommunen gøre? Sundhedsstyrelsen*. Retrieved from <http://www.sst.dk/~media/DC5BEF198B6B4E6B8CE19131A9B25B7C.ashx>
- Illich, I. (1976). Clinical Iatrogenesis. In Calder & Boyars (Eds.), *Medical Nemesis - The Expropriation of Health* (1st ed., pp. 13–36). New York: Pantheon Books.
- Justitsministeriet. (2000). Persondataloven - Lov om behandling af personoplysninger. *Online Information*. København: Justitsministeriet. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=828>
- Juul, S. (2012). *Epidemiologi og evidens* (2nd ed.). Kbh.: Munksgaard.
- Juul, S. (2012a). Fænomenologi. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori : en indføring* (1st ed., pp. 65–106). København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S. (2012b). Hermeneutik. In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1st ed., pp. 107–148). København: Hans Reitzels Forlag.
- Juul, S., & Pedersen, K. B. (2012). Hvorfor videnskabsteori? In S. Juul & K. B. Pedersen (Eds.), *Samfundsvidenskabernes videnskabsteori - en indføring* (1st ed., pp. 9–22). København: Hans Reitzels Forlag.
- Kegler, M. C., Painter, J. E., Twiss, J. M., Aronson, R., & Norton, B. L. (2009). Evaluation findings on community participation in the California healthy cities and communities program. *Health Promotion International*, 24(4), 300–310. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap036>
- Kegler, M. C., Steckler, A., McLeroy, K., & Malek, S. H. (1998). Factors that contribute to

- effective community health promotion coalitions: a study of 10 Project ASSIST coalitions in North Carolina. American Stop Smoking Intervention Study for Cancer Prevention. *Health Education & Behavior : The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 25(3), 338–353. <https://doi.org/10.1177/109019819802500308>
- Kegler, M. C., & Swan, D. W. (2011). An Initial Attempt at Operationalizing and Testing the Community Coalition Action Theory. <https://doi.org/10.1177/1090198110372875>
- Kennedy, P., & Kennedy, C. A. (2010). Medicine in modernity: a critical political economy. In P. Kennedy & C. A. Kennedy (Eds.), *Using theory to explore health, medicine and society* (1st ed., pp. 17–37). Bristol: The Policy Press.
- Kitto, S. S., Chesters, J., & Grbich, C. (2008). Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*, 188(4), 243–246.
- Krasnik, A. (1996). The concept of equity in health services research. *Scand J Soc Med*, 24(12), 2–7.
- Krogstrup, H. K. (2016). *Evalueringsmodeller* (3.). Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Interview: det kvalitative forskningsinterview som håndværk* (3. udgave). København: Hans Reitzels Forlag.
- Lakerveld, J., IJzelenberg, W., Van Tulder, M. W., Hellemans, I. M., Rauwerda, J. A., Van Rossum, A. C., & Seidell, J. C. (2008). Motives for (not) participating in a lifestyle intervention trial. *BMC Medical Research Methodology*, 8, 1–7. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-8-17>
- Launsø, L., Olsen, L., & Riper, O. (2011). *Forskning om og med mennesker - Forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*. (A.-M. Erdal, Ed.) (6. udgave). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Laverack, G., & Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion. *Health Policy And Planning*, 15(3), 255–262. <https://doi.org/10.1093/heapol/15.3.255>
- Lowndes, V., & Sullivan, H. (2004). Like a horse and carriage or a fish on a bicycle: How well do local partnerships and public participation go together? *Local Government Studies*, 30(1), 51–73. <https://doi.org/10.1080/0300393042000230920>
- Malterud, K. (2013). Uvalg. In *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3rd ed., pp. 55–65). Oslo.
- Maxwell, J. A. (2005). Methods: What Will You Actually Do? In J. A. Maxwell (Ed.), *Qualitative*

- research design. An Interactive Approach* (2nd ed., Vol. 42, pp. 79–94). London: Sage Publication.
- Merton, R. K. (1936). The Unanticipated Consequences of Purposive Social Action. *American Sociological Review*, 1(6), 894–904. <https://doi.org/10.2307/2084615>
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2014a). *Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*. København.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. (2014b). *Ulighed i sundhed - kroniske og langvarige sygdomme*. Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. Retrieved from [http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Ulighed-i-sundhed-kroniske og langvarige sygdomme.aspx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Ulighed-i-sundhed-kroniske-og-langvarige-sygdomme.aspx)
- Minkler, M., Wallerstein, N., & Wilson, N. (2008). Improving health through community organization and community building. In K. Glanz, B. K. Riner, & K. Viswanath (Eds.), *Health behavior and health education* (4th ed., pp. 288–309). Jossey-Bass.
- NICE. (2016). Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. *NICE Guideline*.
- Nielsen, K.-D. B., Dyhr, L., Lauritzen, T., & Malterud, K. (2004). You can't prevent everything anyway: a qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. *Family Practice*, 21(1), 28–32. <https://doi.org/10.1093/fampra/cm107>
- O'Dwyer, L. a., Baum, F., Kavanagh, A., & Macdougall, C. (2007). Do area-based interventions to reduce health inequalities work? A systematic review of evidence. *Critical Public Health*, 17(December), 317–335. <https://doi.org/10.1080/09581590701729921>
- O'Mara-Eves, A., Brunton, G., Oliver, S., Kavanagh, J., Jamal, F., & Thomas, J. (2015). The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, 15(129), 1–23. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y>
- Olsen, H. (2002). *Kvalitative kvaler- Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. (C. Wulff, Ed.) (1st ed.). Akademisk forlag.
- Overgaard, C., & Grundsøe, M. B. (2014). Fokus på informationskompetence i et tværfagligt læringsmiljø - et empirisk studie af læringseffekter og studenterperspektiver. *Dansk Universitetspædagogisk Tidsskrift*, 9(16), 124–143.
- Peckham, S. (2007). Partnership working for public health. In J. Orme, J. Powell, P. Taylor, & M. Grey (Eds.), *Public health for the 21st century: new perspectives on policy, participation and*

- practice* (2nd ed., p. 401 s.). Maidenhead: Open University Press.
- Petter, J., Van Rooijen, M. M. R., Korevaar, J. C., & Nielen, M. M. J. (2015). Willingness to participate in prevention programs for cardiometabolic diseases. *BMC Public Health*, 15(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1379-0>
- Popay, J. (2010). Community Empowerment and Health Improvement: The English Experience. In A. Morgan, M. Davies, & E. Ziglio (Eds.), *Health Assets in a Global Context: Theory, Methods, Action* (pp. 183–195). New York: Springer.
- Poulsen, J. (2004). *Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet* (1st ed.). København.
- Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone - the collapse and revival of American community* (1st ed.). New York: The Brookings Institution Press.
- Putnam, R. D., Leonardi, R., & Nanetti, R. Y. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Rienecker, L., & Jørgensen, P. S. (2014). *Den gode opgave- håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser* (4 udgave). København: Samfundslitteratur.
- Rieper, O., & Hansen, H. F. (2007). *Metodedebatten om evidens*. København: AKF.
- Ringold, D. J. (2002). Effects in Response to Public Health Interventions: Some Unintended Consequences in the Alcoholic Beverage Market. *Journal of Consumer Policy*, 25(1), 27–63. <https://doi.org/10.1023/A:1014588126336>
- Rosenmeier, S. L. (2007). Den sociale kapitals fædre. In P. Hegedahl & S. L. Rosenmeier (Eds.), *Social kapital som teori og praksis* (1st ed., pp. 9–36). København: Forlaget samfundslitteratur.
- Roussos, S. T., & Fawcett, S. B. (2000). A review of collaborative partnerships as a strategy for improving community health. *Annu. Rev. Public Health*, 21, 369–402.
- Sinclair, A., & Alexander, H. A. (2012). Using outreach to involve the hard-to-reach in a health check: What difference does it make? *Public Health*, 126(2), 87–95. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2011.11.004>
- Snooks, H. A., Evans, B. A., Cohen, D., Nugent, M., Rapport, F., Skone, J., ... O'Sullivan, D. (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, 25.
- Socialstyrelsen. (2017). *Partnerskaber og samarbejder mellem det offentlige og civilsamfundet*. Odense.

- Sund, E. R., & Krokstad, S. (2012). Social kapital. In R. Lund, U. Christensen, & L. Iversen (Eds.), *Medicinsk Sociologi - Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred* (2.). Munksgaard.
- Sundhedsstyrelsen. (2018). *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. Sundhedsstyrelsen. <https://doi.org/https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/~media/1529A4BCF9C64905BAC650B6C45B72A5.ashx>
- Szreter, S., & Woolcock, M. (2004). Health by association? Social capital, social theory, and the political economy of public health. *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 650–667. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh013>
- Thagaard, T. (2004). Problemstilling og forskningsoplæg. In T. Thagaard (Ed.), *Systematik og indlevelse : en indføring i kvalitativ metode* (1st ed., pp. 47–64). København: Akademisk forlag.
- Thanggaard, L., & Brinkmann, S. (2010). Kvalitet i kvalitative studier. In S. Brinkmann & L. Thanggaard (Eds.), *Kvalitative metoder, en grundbog* (pp. 489–499). København: Hans Reitzels Forlag.
- The Joanna Briggs Institute. (2014). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 Edition. The Joanna Briggs Institute.
- Trygfonden, M. morgen. (2016). *Sundhedsvæsenet- ifølge danskerne*. København.
- Undervisningsministeriet. (2005). *De kortuddannede. Det Nationale Kompetenceregnskab - hovedrapport*. Retrieved from <http://static.uvm.dk/Publikationer/2005/NKRRapport/kap18.html>
- Vallgård, S. (2009). Sundhedspolitik i de skandinaviske lande. In S. Glasdam (Ed.), *Folkesundhed- i et kritisk perspektiv* (1st ed., pp. 166–187). København: Dansk Sygeplejeråd.
- Vallgård, S. (2014). Ethics, equality and evidence in health promotion Danish guidelines for municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(4), 337–343. <https://doi.org/10.1177/1403494814525007>
- Vallgård, S., Diderichsen, F., & Jørgensen, T. (2014). *Sygdomsforebyggelse*. (S. Vallgård, Ed.) (1. udgave). København : Munksgaard.
- Vardinghus-Nielsen, H., & Bak, C. K. (2018). Tillid i relationer og systemer. In A. Dalsgaard & L. Meldgaard (Eds.), *Sociologi for sundhedsprofessionelle* (p. 280 sider). Kbh.: Gads forlag.
- Wall, M., & Teeland, L. (2004). Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: Characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22(4), 248–251. <https://doi.org/10.1080/02813430410006611>

- Warr, D. J., Mann, R., & Kelaheer, M. (2013). 'A lot of the things we do ... people wouldn't recognise as health promotion': addressing health inequalities in settings of neighbourhood disadvantage. *Critical Public Health*, 23(1), 95–109.
- Wei Ling Ng, C., Heng, B. H., Molina, J. A., Wong, L. Y., George, P. P., & Cheah, J. (2012). Demographic and lifestyle characteristics associated with nonwillingness to participate in health promotion programmes among adults of a lower socioeconomic status in Singapore. *Global Health Promotion*, 19(4), 9–19. <https://doi.org/10.1177/1757975912453184>
- Whitehead, M. (1992). The Concepts and Principles of Equity and Health. *International Journal of Health Services*, 22(3), 429–445.
- Whitehead, M. (2007). A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473–478. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037242>
- WHO. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. World Health Organization. Geneva. <https://doi.org/10.1080/11026480410034349>
- WHO. (2018). Healthy settings. Retrieved February 22, 2018, from http://www.who.int/healthy_settings/about/en/
- Withall, J., Jago, R., & Fox, K. R. (2010). Who attends physical activity programmes in deprived neighbourhoods? *Health Education Journal*, 70(2), 206–216. <https://doi.org/10.1177/0017896910379368>
- World Health Organisation. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved March 16, 2016, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (2002). Community participation in local health and sustainable development Approaches and techniques. *European Sustainable Development and Health Series*: 4, 91. <https://doi.org/9289010843>
- Yin, R. K. (2014). *Case Study Research - Design and Methods*. (J. Young, Ed.) (5th ed.). Los Angeles: Sage.

16. Bilagsliste

Obligatoriske bilag

1. Interviewguide til projektleders. s. 121
2. Interviewguide til sundhedsråd s. 125
3. Samtykkeerklæring s. 129
4. Obligatorisk Søgebilag s. 130

Andre bilag

5. Søgning til problemanalysen s. 135
6. Brev til informanterne s. 137
7. Transskriptionsguide s. 138

Obligatoriske bilag

1. Interviewguide til projektleder

Bilag: Interviewguide, Projektleder

Briefing: Tusind tak fordi du vil deltage i vores projekt. Det er vi meget glade for.

Som du ved hedder jeg X og det er X, og vi er ved at skrive det afsluttende speciale i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Vi har valgt at fokusere på brugen af borgerinddragelse i lokale partnerskaber. Dette som et led i at øge deltagelsen i sundhedsinitiativer blandt borgere i yderområder, særligt borgere med lav SES. Vi vil her tage afsæt i X-casen og er interesseret i dine erfaringer og oplevelser fra dette område.

Jeg kommer til at foretage interviewet, og X vil supplere, hvis jeg mangler noget. X det 3. medlem, lytter kun med.

Du kan undervejs altid afbryde interviewet, eller udelade at svare. Du kan også kontakte os, hvis du senere fortryder at vi anvender interviewet. Interviewet bliver anonymiseret, således ingen vil kunne kende dig eller partnerskabsprojektet i det færdige speciale.

Med henblik på transskription bliver interviewet optaget på en diktafon. Transskriptionerne og lydoptagelsen vil blive slettet efter anvendelse.

Vi har sendt en samtykkeerklæring til dig, som du gerne må sende retur med en underskrift. Til sidst vil jeg høre om, du har nogle spørgsmål, inden vi går i gang?

Tænd diktafonen.

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende	Hvad karakteriserer projektlederen? Hvilken rolle og funktion har Projektlederen i partnerskabet?	Hvad er din uddannelsesmæssige baggrund? Hvilken tilknytning har du til X og de tre lokalområder, som er med i partnerskabsprojektet? (bosted, kendskab, opvokset) Hvad har formålet med din rolle som projektleder været i løbet af projektet?	Kan du give nogle konkrete eksempler på arbejdsopgaver? Hvordan er dit samarbejde med sundhedsrådet i X, nu hvor projektet er afsluttet?
Samarbejde og partnerskabet i praksis	Hvordan er partnerskabet praktiseret og hvilken betydning har dette haft for projektet?	Hvorfor har I valgt at organisere parterne i et sundhedsråd? Hvorfor har I valgt netop lokale ildsjæle som repræsentanter i sundhedsrådene? Hvordan har I rekrutteret disse i praksis? Hvordan har kommunen samarbejdet været med de lokale partnere i X? Hvordan har X adskilt sig fra de to andre områder?	Hvad har fordelene/ulempene været ved et sundhedsråd ift. at fremme sundhedsinitiativer? Hvorfor lige ildsjæle (fremfor repræsentanter fra lokale organisationer eller virksomheder)? Hvordan har opgavefordeling været? Hvordan er I blevet enige om målet/visionen for partnerskabsprojektet? Fordele og ulemper ved dette samarbejde? Hvilken betydning har dette haft?

Initiativer og deltagelse	Hvordan er det lykket med at fremme sundhedsinitiativer i lokalområder samt fremme deltagelsen blandt personer med lav SES?	Hvilke initiativer og aktiviteter er iværksat på baggrund af sundhedsrådet i X? Hvordan er det gået med deltagelsen i disse aktiviteter? Hvordan er det gået med deltagelsen i de kommunale sundhedstilbud i X? (rygestop, vægtstopkurser) Hvordan kan projektet bidrage til at reducere den sociale ulighed?	Hvorfor tror du netop disse aktiviteter iværksat? Har der været udfordringer ift. at få forskellige borgere til at deltage? Hvorfor tror du at det forholder sig sådan? Har der været udfordringer ift. at få forskellige borgere til at deltage? Hvorfor tror du at det forholder sig sådan? På hvilke områder har det været en succes?
Netværk og lokale behov	Hvordan har lokale partnere brugt sit netværk og hvilken betydning har dette haft for sundhedsinitiativerne?	Hvordan har I/du tænkt inddragelse af borgere skulle være en del af dette projekt? Og hvordan er dette praktiseret i X? Hvordan har sundhedsrådet samarbejdet med lokalsamfundet/borgere udenfor partnerskabet? Hvordan har inddragelse af borgere haft indflydelse på deltagelsen i sundhedsinitiativer i X? (både kommunale og dem iværksat af sundhedsrådet) Hvorfor valgte I at uddanne lokale instruktører for at fremme deltagelse i tilbud?	Hvordan har sundhedsrådet opfanget lokale behov /borgere med lav SES Har du som projektleder faciliteret dette arbejde? Kan du beskrive en situation, hvor det er lykkedes godt?/mindre godt med at rekruttere? Hvorfor? Hvilke erfaringer har I nu gjort jer?

		Hvordan oplever du lokalsamfundets engagement i X i forhold til inddragelse i partnerskabsprojektet?	Hvad karakteriserer de borgere de har været engageret i projektet?
Opsummering og anbefalinger	Hvilke faktorer har betydning for at partnerskaber med lokale borgere kan realiseres i praksis??	Hvad oplever du er med til at fremme arbejdet med partnerskaber med lokale borgere? Hvad oplever du er med til at hæmme arbejdet med partnerskaber med lokale borgere? Hvilke anbefalinger vil I lave på baggrund af projektet? Er der noget I ville have gjort anderledes?	Kan du give nogle eksempler på dette?

Debriefing: Har du evt. noget du gerne vil tilføje eller uddybe her til sidst? Må vi kontakte dig, hvis der skulle opstå nogle spørgsmål hos os senere? Tusind tak for din deltagelse i interviewet og tak for hjælpen.

2. Interviewguide til medlemmer af sundhedsrådet

Briefing: Tusind tak fordi du vil deltage. Det er vi meget glade for.

Jeg hedder X og det er X. Vi kommer fra Aalborg Universitet og læser Folkesundhedsvidenskab. Vi er ved at skrive det afsluttende speciale. Vi har fokus på brugen af borgerinddragelse i lokale partnerskaber, som et led i at øge deltagelsen i sundhedsinitiativer for alle borgergrupper i yderområder.

Jeg kommer til at foretage interviewet, og X vil afsluttende supplere, hvis jeg mangler noget.

Du kan altid afbryde interviewet, eller udelade at svare. Du kan også kontakte os, hvis du senere fortryder at vi anvender interviewet. Interviewet bliver anonymiseret, så ingen vil kunne kende dig i det skriftlige projekt.

Da vi efterfølgende vil lave interviewet om til skriftform, vil det blive optaget på to forskellige diktafoner. Interviewet og lydoptagelsen vil blive slettet efter anvendelse (**Underskriv samtykkeerklæringen**)

Nogen gange vil jeg komme med opfølgende spørgsmål for at få uddybet dine svar, men der findes ikke nogle rigtige og forkerte svar, og det er netop din viden og oplevelse vi er interesseret i.

Desuden skal du vide, at når jeg siger sundhed tilbud, så må du gerne tænke det bredt – ikke kun fysisk sundhed, men også mental og social sundhed.

Til sidst vil jeg høre om, du har nogle spørgsmål, inden vi går i gang? **Tænd diktafon**

Tema	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål	Opfølgende spørgsmål
Indledende	Hvad karakteriserer informanten?	Kan du fortælle lidt om dig selv? (alder, uddannelse, arbejde) Hvor længe har du boet i området?	
	Incitament for at deltage som partner i projektet?	Hvorfor valgte du at blive en del af projektet?	
	Hvad karakteriserer X lokalliv?	Hvad er din rolle i Sundhedsrådet? (repræsenterer du en organisation eller virksomhed)	Hvad har du bidraget med? (netværk, viden, lokalt kendskab)
Lokal kontekst		Hvordan vil du beskrive det lokale liv i X? - Beboersammensætning, relationer blandt beboerne, deltagelse i arrangementer	Har der inden partnerskabsprojektet været fokus på sundhed i X?
Samarbejde og partnerskabet i praksis	Hvordan er partnerskabet praktiseret og hvilken betydning har dette haft for projektet?	Hvordan har sundhedsrådets samarbejdet med kommunen?	Hvilke arbejdsopgaver har kommunen haft og hvilke har sundhedsrådet haft?
		Hvordan har samarbejdet mellem de forskellige lokale partnere i sundhedsrådet været?	Hvordan er sundhedsrådet og kommunen blevet enige om målet/visionen for partnerskabsprojektet?
		Hvordan har I samarbejdet? Omkring hvilke opgaver?	Hvordan har I samarbejdet? Omkring hvilke opgaver?
		Har du eksempler på situationer hvor der har været udfordringer?	Har du eksempler på situationer hvor der har været udfordringer?
		Hvordan har I planlagt at jeres aktiviteter i sundhedsrådene fortsætter, nu hvor projektforløbet er slut?	
Initiativer og deltagelse	Hvordan er det lykkedes med at fremme sundhedsinitiativer i lokalområdet samt fremme deltagelsen blandt borgere i lokalsamfundet?	Hvordan har partnerskabsprojektet bidraget til mere sundhed for borgerne i X?	

		Hvilke initiativer og aktiviteter er iværksat på baggrund af Sundhedsrådet? - Hvorfor er netop disse aktiviteter iværksat? Hvilke borgere deltager i disse? Hvad har Sundhedsrådet gjort for at øge deltagelsen i nye og eksisterende tilbud? Har der været et særligt fokus på at fremme deltagelsen blandt forskellige målgrupper?	Hvordan er de iværksat og hvem står for dem? Har der været udfordringer ift. at få forskellige borgere til at deltage? Giv gerne eksempler hvordan dette er praktiseret? Hvorfor/hvorfor ikke?
Netværk og lokale behov	Hvordan har lokale partnere brugt sit netværk og hvilken betydning har dette haft for sundhedsinitiativerne?	Hvordan har Sundhedsrådet forsøgt at inddrage de øvrige lokale borgere i udviklingen af nye sundhedsinitiativer og aktiviteter i X? - (opfange lokale behov?) Hvordan bruger du dit kendskab til området? Kan du beskrive hvordan inddragelse af lokalsamfundet har haft en betydning for deltagelse i nye eller eksisterende sundhedstilbud? Hvordan oplever du de øvrige borgers engagement i forhold til inddragelse i partnerskabsprojektet? Hvilke udfordringer har I haft med at inddrage borgere i området? Hvad har gjort det svært ift. at inddrage lokale borgere til at deltage med f.eks. ideer, eller viden om lokale behov mm.)	Sundhedsdagen/ en snak over hækken/ på arbejdet/ foran SuperBrugsen? Har borger givet udtryk for behov. Hvad har virket godt/mindre godt ift. at få inddraget borgerne? Og hvorfor har dette virket godt/mindre godt? Kan du give nogle eksempler på det? Har nogle målgrupper været særligt svære at inddrage og hvorfor tror du dette?

Opsum-me-ring og anbe-falinger	Hvilke faktorer har betydning for at partnerskaber med lokale borgere kan realiseres i praksis?	Hvad oplever du er med til at fremme et partnerskab mellem kommune og lokale borgere? Hvad oplever du er med til at fremme et partnerskab mellem kommune og lokale borgere? Hvilke anbefalinger vil du give til andre kommuner som tænker på at udføre lignende projekter?	Kan du give nogle eksempler på dette?
---------------------------------------	---	---	---------------------------------------

Co-interviewer har du nogle spørgsmål?

Debriefing: Har du evt. noget du gerne vil tilføje eller uddybe her til sidst? Må vi kontakte dig, hvis der skulle opstå nogle spørgsmål hos os senere? Vi vil gerne sige tusind tak for din deltagelse i interviewet og tak for hjælpen.

3. Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring vedrørende det afsluttende speciale på kandidatuddannelsen Folkesundhedsvidenskab på Aalborg universitet

Projektets formål

Formålet med dette speciale er at undersøge muligheder og begrænsninger ved brugen af borgerinddragelse i lokale partnerskaber, som strategi til at fremme deltagelsen i sundhedsaktiviteter i yderområderne. Her med et særligt fokus på borgere med kortere uddannelser.

Vi vil derfor i et interview med dig høre, hvordan X praktiseres i X.

Jeg er skriftligt og mundtligt informeret og indforstået med:

- At interviewet vil indgå i en analyse i et speciale. Interviewet vil blive lyddoptaget og efter afsluttet projekt ultimo juni 2018 vil lydfilen blive slettet.
- At interviewet er fortroligt, således at projektgruppen bestående af: Christina Vestergaard, Didde Brodersen og Rikke Larsen Rasmussen ikke videregiver oplysninger, som jeg har givet, til andre personer, men udelukkende bruger interviewet til specialet.
- At jeg bliver anonymiseret i projektet.
- At jeg deltager frivilligt i interviewet, og at jeg under interviewet til enhver tid kan forlade interviewsituationen.
- At jeg til enhver tid har mulighed for at trække mig ud af undersøgelsen, selvom jeg har underskrevet denne samtykkeerklæring.

Jeg giver hermed mit samtykke til, at jeg har læst og er indforstået med ovenstående, og gerne vil deltage i et interview i forbindelse med dette afsluttende speciale på kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet. Jeg bekræfter samtidig, at jeg har modtaget tilstrækkelig information til at kunne beslutte, at jeg vil deltage i interviewet.

Dato og underskrift fra informant: _____

Dato og underskrift fra interviewer: _____

Hvis du har spørgsmål til ovenstående samtykkeerklæring, er du velkommen til at kontakte os på:

Mail: X eller telefonnr. X

Mvh. Didde Brodersen, Christina Vestergaard og Rikke Larsen Rasmussen

4. Obligatoriske søgebilag

Problemstilling

Formålet med følgende søgning er at afdække projektets problemformulering:

*Hvilke fremmende og hæmmende faktorer har betydning for, at **partnerskaber** med **inddragelse af lokale borgere** kan fremme sundhedsinitiativer, der imødekommer **borgere i udsatte lokalsamfund**?*

Anvendte facetter

Ud fra projektets problemstilling blev der fundet frem til tre facetter, som ses i følgende figur. Facetterne er med til at strukturere søgningen og er opbygget med inspiration fra PICO-modellen (1)

Facet 1:	Facet 2:	Facet 3:
Borgere med lav SES	Partnerskaber	Borgerinddragelse

Forklaring til de anvendte facetter:

- **Borgere med lav SES:** udgør målgruppen for projektets interesse
- **Partnerskaber:** udgør indsatsen, der er i fokus
- **Borgerinddragelse:** udgør fænomenet i indsatsen

Anvendte søgetermer

I nedenstående tabel ses de udvalgte og anvendte søgetermer, der blev benyttet i de forskellige databaser. Disse blev fundet via en nøje gennemgang af litteraturen indenfor området, for således at afdække anvendte og relevante begreber.

AND			
Databaser	Borgere med lav SES	Partnerskaber	Borgerinddragelse
Sociological abstract	<u>Thesaurus:</u> Social class Socioeconomic Status Socioeconomic factors <u>Fritekst:</u> "Social class" "Social classes" "Socioeconomic status" "Social status"	<u>Thesaurus:</u> Cooperation Coalitions <u>Fritekst:</u> Partnership* Collaborat* Co-creation Cocreation Co-production Coproduction Coalition* Co-operation Cooperation	<u>Thesaurus</u> Community Involvement Citizen Participation <u>Fritekst:</u> "Community engagement" "Community participation" "Community involvement" "Community empowerment"

O R	PsycNET	<u>APA THESAURUS:</u> Socioeconomic Status <u>Fritekst:</u> "Social class" "Social classes" Socioeconomic status" "Social status"	<u>APA THESAURUS:</u> Cooperation Collaboration <u>Fritekst:</u> Partnership* Collaborat* Co-creation Cocreation Co-production Coproduction Coalition Co-operation Cooperation	<u>APA THESAURUS:</u> Community Involvement <u>Fritekst:</u> "Community engagement" "Community participation" "Community involvement" "Community empowerment"
	Cochrane	<u>MeSH:</u> Social Class Socioeconomic Factors <u>Fritekst [TIAB]:</u> "Social class" "Social classes" "Socioeconomic status" "Social status"	<u>MeSH:</u> Public-Private Sector- Partnerships Cooperative Behavior <u>Fritekst [TIAB]:</u> Partnership* Collaborat* Co-creation Cocreation Co-production Coproduction Coalition Co-operation Cooperation	<u>MeSH</u> Community Participation <u>Fritekst [TIAB]:</u> "Community engagement" "Community participation" "Community involvement" "Community empowerment"
	Cinahl	<u>Headings:</u> Social Class Socioeconomic factors <u>Fritekst:</u> "Social class" "Social classes" Socioeconomic status" "Social status"	<u>Headings:</u> Cooperative Behavior Collaboration Coalition <u>Fritekst:</u> Partnership* Collaborat* Co-creation Cocreation Co-production Coproduction Coalition Co-operation Cooperation	<u>Headings:</u> Consumer participation <u>Fritekst:</u> "Community engagement" "Community participation" "Community involvement" "Community empowerment"
	Pubmed	<u>Mesh:</u> Social Class Socioeconomic Factors <u>Fritekst [TIAB]:</u> "Social class" "Social classes" "Socioeconomic status" "Social status"	<u>Mesh:</u> Public-private partner- ship Cooperative Behavior <u>Fritekst [TIAB]:</u> Partnership Partnerships Collaboration Collaborations	<u>Mesh:</u> Community Participation <u>Fritekst[TIAB]:</u> "Community engagement" "Community participation" "Community involvement" "Community empowerment"

			Collaborative Co-creation Cocreation Co-production Coproduction Coalition Coalitions Cooperation Co-operation	
Embase	<u>Emtree</u> <u>Social status</u> <u>Socioeconomics</u> <u>Fritekst (ti,ab,key)</u> “Social class” “Social classes” Socioeconomic status” “Social status”	<u>Emtree</u> Public-private partner- ship Cooperation Collaboration <u>Fritekst (ti,ab,key)</u> Partnership* Collaborat* Co-creation Cocreation Co-production Coproduction Coalition Co-operation Cooperation	<u>Emtree</u> Community participation Community engagement <u>Fritekst (ti,ab,key)</u> “Community engagement” “Community participation” “Community involvement” “Community empowerment”	

Begrundelse for valg af databaser

Der er i forbindelse med den systematiske søgning søgt i seks forskellige databaser, der med hvert deres faglige fokus kan bidrage til projektets flervidenskabelige fokus. Pubmed, Embase og Cochrane er af mere biomedicinsk karakter, hvorfor der også er søgt i databaser, der i højere grad rummer artikler med kvalitativ karakter og med et psykologisk og sociologisk fokus. Herunder er der søgt i Cinahl, Sociological abstract og PsycNET (1).

Nedenstående er en tabel over begrundelserne for tilvalg af hver enkelt database.

DATABASE	Begrundelse for valg
PsycNET	Psykologisk database (2), der blev valgt for at fremskaffe litteratur, som kunne belyse forskningsspørgsmålet ud fra et psykologisk perspektiv.
Sociological Abstracts	Samfundsvidenskabelig og sociologisk database, der både indeholder kvalitativ og kvantitativ forskning (2). Denne database synes relevant at søge i, da der i projektet findes flere sociologiske perspektiver.
Cochrane Library	Databasen indeholder videnskabelige oversigtsartikler såsom meta-analyser, systematiske reviews og reviews med høj kvalitet. Den blev bl.a. valgt for at sikre muligheden for artikler af høj evidens.

PubMed	Databasen er stor og indeholder litteratur fra både medicin og sygepleje (1). Databasen er amerikansk. Da projektet gerne vil undersøge partnerskaber i relation til sundhedsfremme og forebyggelse synes denne database relevant.
CINAHL with full text	Database der indeholder artikler i sundhedsfaglige tidsskrifter, bl.a. inden for fagene sygepleje, fysioterapi og ernæring (2). Temaer der blev fundet relevant ift. projektets fokus på sundhedsfremme og forebyggelse.
Embase	Europæisk database, som er en af de største indenfor det medicinske område. Embase henviser til mere end 5000 sundhedsfaglige tidsskrifter. Inkluderes, da den både indeholder borgerspektiv, sundhedsfremme og forebyggelse.

I nedenstående tabel ses antal hits i de respektive søgedatabaser i facetform.

Resultat af søgningen (antal hits)

	Antal hits PubMed	Antal hits Cochrane	Antal hits PsycNET	Antal hits Cinahl	Antal hits Embase	Antal hits Sociological abstract
Facet 1	42.6472	11.333	98.522	55.266	42.1606	75.014
Facet 2	202.303	11.465	146.111	84.352	299.263	115.094
Facet 3	42.078	1786	8257	13.656	7451	12.815
1 AND 2 AND 3	478	17	79	63	215	614 Limits: 507

Afgrænsninger opstillet via limitfunktion

I databasen Sociological Abstract blev der anvendt limit-funktioner for at reducere antallet af hits. Limit-funktionerne var *journals* samt *vestlige lande*.

Kriterier til udvælgelse af studier

Til udvælgelsesprocessen blev der med afsæt i problemfeltet opstillet in- og eksklusionskriterier, som kan ses i nedenstående tabel.

Inklusion og eksklusionskriterier

Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Sprog: Dansk, engelsk, svensk, norsk	Andre settings end udsatte lokalsamfund (f.eks. arbejdspladser og skoler)
Videnskabelige artikler	Studiepopulationer som ikke er sammenlignelige med vestlige lande*
	Børn/unge op til 18 år
Sundhedsfremmende og forebyggende tiltag	Behandelende sundhedsvæsen

Tabel 2 *Vestlige lande dækker over alle EU-lande, Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand (3)

På baggrund af ovenstående systematiske søgninger, problemformuleringen samt in- og eksklusionskriterier blev relevante studier udvalgt gennem følgende trin:

1. Søgningen blev udført og studierne blev grovsortet og derved udvalgt på baggrund af titel og abstract.
2. Herefter blev studierne finsortet og fravalgt på baggrund af målgruppe, formål, metode og resultater.
3. Afslutningsvis blev dubletter fjernet og de udvalgte studier fra ovenstående trin blev kvalitetsvurderet ved brug af hhv. COREQ og STROBE tjeklister, hvilket resulterede i de endelige seks studier

Studiernes referencelister blev ligeledes gennemgået for at der løbende kunne udføres kædesøgning som supplement til den systematiske litteratursøgning. Her blev der yderligere udvalgt et studie.

Dato og identifikation

Søgningen blev foretaget d. 23.03.18-28.03.18 af alle gruppens medlemmer;

Christina Vestergaard

Didde Brodersen

Rikke Larsen Rasmussen

Referencer:

1. Buus N, Kristiansen HM, Tingleff EB, Rossen CB. Litteratursøgning i praksis. Sygeplejersken. 2008;10:2–8.
2. Frandsen TF, Dyrvig A, Christensen JB, FASTERHOLDT I, OELHOLM AM. En guide til valide og reproducerbare systematiske litteratursøgninger. Ugeskr Læger. 2014;176(7):647–51.
3. Danmarks Statistik. Indhold [Internet]. 2016 [cited 2016 Dec 21]. p. <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/stati>. Available from: <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/indvandrere-og-efterkommere/indhold>

Andre bilag

5. Søgning til Problemanalysen

Under fremstillingen af problemanalysen blev der udarbejdet en systematiske litteratursøgning i databaserne Pubmed, Cochrane Library, Cinahl og PsykNET. Dette blev gjort for at skabe et overblik over hvilke barrierer, der ligger til grund for fravælgelse af deltagelse i forebyggende sundhedstilbud. For at få et bredt udsnit af mulige udsagn og bevæggrunde for ikke-deltagelse, blev forskellige forebyggende tiltag inkluderet.

Denne søgning blev foretaget i perioden d. 05.02.18-09.02.18.

Der blev udledt et søgespørgsmål; *Hvorfor deltager voksne med lav SES ikke i kommunale sundhedstilbud?* Med afsæt i søgespørgsmålet blev der udledt tre facetter med inspiration fra PICO tankegangen.

Facet 1:	Facet 2:	Facet 3:
Borgere med lav SES	Sundhedstilbud	Ikke-deltagelse

Anvendte søgetermer

I nedenstående tabel ses de udvalgte og anvendte søgetermer, der blev benyttet i de forskellige databaser.

AND			
Databaser	Borgere med lav SES	Sundhedstilbud	Ikke-deltagelse
PsycNET	<u>APA THESAURUS:</u> Socioeconomic Status <u>Fritekst:</u> "Socioeconomic status"	<u>APA THESAURUS:</u> Health promotion Health education <u>Fritekst:</u> "Primary prevention" "Secondary prevention" "Health promotion"	<u>APA THESAURUS:</u> Treatment barriers <u>Fritekst:</u> Non participa*
Cochrane	<u>MeSH:</u> Social Class Socioeconomic Factors <u>Fritekst [TIAB]:</u> "Social class" "Social classes" "Socioeconomic status" "Social status"	<u>MeSH:</u> Health promotion Primary prevention Secondary Prevention Preventive Health Services Health education	<u>MeSH:</u> Refusal to participate <u>Fritekst [TIAB]</u> Nonparticipa*
Cinahl	<u>Headings:</u> Social Class	<u>Headings:</u> Preventive Health Care	<u>Headings:</u> Refusal to Participate

O R		Socioeconomic factors <u>Fritekst:</u> “Social class” “Social classes” “Socioeconomic status” “Social status”	Health promotion Health education <u>Fritekst:</u> “Health promotion”	 <u>Fritekst:</u> Non-participa*
	Pubmed	<u>Mesh:</u> Social Class Socioeconomic Factors <u>Fritekst [TIAB]:</u> “Social class” “Social classes” “Socioeconomic status” “Social status”	<u>Mesh:</u> Health promotion Primary prevention Secondary Prevention Preventive Health Ser- vices Health education	<u>Mesh:</u> Refusal to Participate <u>Fritekst[TIAB]:</u> Non-participa*

Resultat af søgningen (antal hits)

	Antal hits PubMed	Antal hits Cochrane	Antal hits PsycNET	Antal hits Cinahl
Facet 1 +2+3	117	16	132	14
Endelig udvalgte artikler	3	-	2	4

Kriterier til udvælgelse af studier

Til udvælgelsesprocessen blev der med afsæt i forskningsspørgsmålet opstillet in- og eksklusionskriterier, som kan ses i nedenstående tabel.

Inklusion	Eksklusion
Videnskabelige artikler	Screeningsprogrammer
Studier skrevet på Engelsk, Dansk, Svensk og Norsk	Børn/unge op til 18 år
Sundhedstjek	
Aldersgruppe: Voksne	

Ikke alle studierne omhandlede direkte folk med lav SES's barriere til deltagelse, men ud fra flere artikler blev det tydeliggjort, at det der karakteriserer dem der takker nej til et forebyggende sundhedstilbud er folk med lav SES (4), hvorved resultaterne ses anvendelige.

4. Dryden R, Williams B, McCowan C, Themessl-Huber M. What do we know about who does and does not attend general health checks? Findings from a narrative scoping review. BMC Public Health [Internet]. BMC Public Health; 2012;12(723). Available from: BMC Public Health

6. Brev til informanterne

Kære

Vi er tre kandidatstuderende i Folkesundhedsvidenskab fra Aalborg Universitet, der undersøger hvordan projektet X praktiseres i X. Via projektlederen i X kommune, har vi fået kontaktoplysninger på dig og de andre medlemmer af Sundhedsrådet i X. Formålet med vores projekt er, at få indsigt i muligheder og begrænsninger ved at bruge lokale partnerskaber til at få borgere i yderområderne til at deltage i sundheds-tilbud. Herunder er vi særligt interesserede i, hvordan inddragelse af lokale borgere kan praktiseres i forbindelse med partnerskaber.

Til dette vil vi gerne høre netop dine erfaringer, oplevelser og holdninger hertil. Vi vil derfor høre, om du har lyst til at deltage i et interview om dette en dag i uge 16 eller 17? Interviewet kommer højst til at vare en time, og vi er fleksible ift. hvor og hvornår på dagen det skal foregå.

Vi håber meget på, at du har lyst til at bidrage og vi ser frem til at høre fra dig. Hvis du har nogle spørgsmål, eller har brug for at vide mere om projektet, er du meget velkommen til at kontakte os på telefon XXXXXXXX

Med venlig hilsen Didde Brodersen, Christina Vestergaard og Rikke Larsen Rasmussen

7. Transskriptionsguide

[] overlap mellem interviewer og informants udsagn

= afbrydelse, f.eks. hvis intervieweren siger noget i direkte forlængelse af informanten (anvend linjeskift og lav = i slutning af den ene linje og starten af den anden)

... sættes efter et ord eller en sætning, der ikke bliver sagt færdig

(.) pause

:: et ord bliver trukket ud (flere koloner = længere lyd)

Ord understregning henviser til en betoning i det sagte

() man kan ikke høre hvad der bliver sagt

(()) vores beskrivelser (f.eks. hvis informanten gestikulerer, rømmer sig e.lign.) eller tolkninger på hvad der bliver sagt, f.eks. hvis vi er usikre på hvad der bliver sagt

øh – medtages

Anonymisering af navne og steder med forbogstav

Tegn til angivelse af hvem der taler:

I = interviewer

O = observatør

Informant angives med forbogstav i deres fornavn