

Robuste borgere

✧ Når udsatte borgere kan selv eller sammen med andre

✧
Anvendelse af
Robusthedshjulet
for borgere i udsatte
positioner

Indholdsfortegnelse

Baggrund	4
Socialt udsathed.....	4
Ulighed i sundhed	5
Robusthed.....	6
Robusthedshjulet.....	7
Målgruppen.....	7
Metode.....	9
Udvælgelse af interviewpersoner.....	9
Deltagere i interview.....	9
Ikke alle ønskede at deltage.....	9
Interview	10
Rationaler.....	12
Teoretisk ramme	14
Begrebsafklaring af nøglebegreber	15
Det Dobbelte KRAM.....	16
Det hele menneske og LUP-modellen	18
Helbred - sundhed	24
Mental sundhed og trivsel	24
Selvtillid og selvværd.....	26
Bearbejdning af interview.....	27
Personlighed.....	27
Helbred	29
Trivsel.....	31
Familiemæssig baggrund.....	32
Barndommen	32
Ungdoms- og voksenlivet.....	34
Sociale netværk.....	36
Sorger og glæder	38
Beskæftigelse.....	39
Foretrukne interesser og aktiviteter.....	41
Struktur i hverdagslivet.....	43
Værdier.....	44
Afrundingsspørgsmål	46

Opsamling	47
Hverdagsliv og robusthed	47
Opsamling på interview	51
Personlighed	51
Helbred.....	51
Trivsel.....	51
Familiemæssig baggrund.....	52
Opsamling på tværs.....	53
Konklusion	57
Robusthed set i lyset af almene menneskelige behov	58
Robusthedshjulet.....	61
Robustheden grundlægges i barndommen.....	64
Robusthed i kommende generationer.....	65
Perspektivering.....	67
At lægge år til livet og liv til årene.....	67
En forstyrrelse af en erfaring.....	67
Kauai-undersøgelsen og resiliens.....	68
'Det hele menneske' i komplekse livssituationer og opgaveløsninger.....	69
Om sprogets konstituerende kraft	69
Utilsigtede stigmatiserende institutionelle identiteter.....	70
Politikker på tværs	71
Uddannelse på tværs – fælles skolebænk.....	72
Noget om nærhedsetik.....	73
Litteratur	74
Bilag	78

Forskningsrapporten er udarbejdet for Gentofte Kommune af Lis Puggaard, Cand.scient., Ph.D. og Peter Thybo fysioterapeut, Master i kultur og læring, certificeret specialist i arbejdsliv, forfatter m.v. samt Gentofte Kommune. Projektet er gennemført med støtte fra Sundhedspuljen tilknyttet Gentofte Kommunes sundhedspolitik: 'Sundhed i Gentofte – Borgerrettet forebyggelse 2017 – 2024

Baggrund

Socialt udsathed

Socialt udsatte voksne omfatter mennesker over 18 år med sociale problemer eller med risiko for at få det. Socialt udsatte voksne er kendetegnet ved ikke blot at have et enkelt problem, men ofte at have flere forskellige problemer at slås med i hverdagslivet (1). Der er ikke en entydig definition af 'socialt udsatte borgere', men det dækker over mennesker, der befinder sig i en livssituation, der er kompleks og ofte med både sociale og sundhedsmæssige problemer.

Der kan være mange årsager til, at nogle mennesker er socialt udsatte. Kendetegnene for dem alle er, at de ofte oplever at have flere problemer samtidig, fx dårligt helbred, psykisk lidelse, afhængighed af rusmidler, arbejdsløshed, manglende netværk, fattigdom, hjemløshed osv.

Det er med andre ord en gruppe borgere, der kan være vanskelige at hjælpe bla. fordi nogle af dem har svært ved at erkende, at de har et problem og derfor ikke søger hjælp. Nogle føler sig misforståede og svigtende, hvilket gøre det vanskeligt at afdække de mange forskelligartede problematikker (se boksen herunder).

Er man 'en borger i en udsat position', som er en del af titlen på nærværende undersøgelse, så ligger det nærmest implicit indlejret i begrebet, at mange formodentlig vil have en slags vanetænkning om, at der med 'en borger i udsat position' også er tale om en sårbar person omgivet af risikofaktorer, og som derfor har en kraftig øget disposition for at udvikle ikke blot sygdom, men multisygdom samt psykiske lidelser. Det ville kunne være sådan, men ikke altid.



Der kan være mange årsager til, at nogle mennesker er socialt udsatte. Kendetegnene for dem alle er, at de ofte oplever at have flere problemer samtidig.

Udsatte borgere

De borgere der er mest udsatte, der ikke selv beder om hjælp, og som er svære at fastholde i tilbud, de kæmper ofte med misbrug og psykiske problemer, men det er ikke altid, de selv erkender, at de har vanskeligheder. Gennem deres opvækst og voksenliv har borgerne ofte følt sig anderledes og misforståede, og mange har oplevet svigt, krænkelser og traumer. Ofte er de aldrig blevet ordentligt udrett, og derfor har det aldrig stået klart, hvad der er årsagerne til de problemer, de oplever.

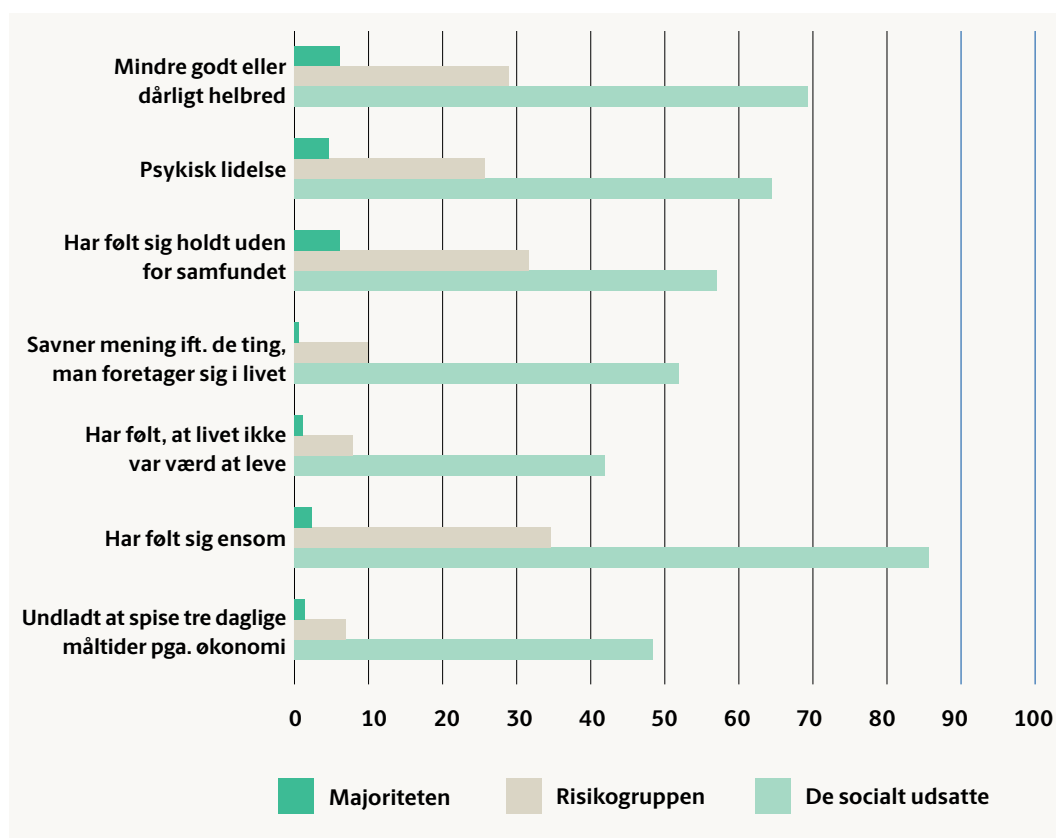
Ulighed i sundhed

Oveni de sociale problemer, oplever socialt udsatte borgere også, at deres helbred og trivsel generelt er betydeligt dårligere end den generelle befolknings helbred og trivsel. Det gælder fx langvarig sygdom, selvvrurderet helbred, tandsundhed etc., og i gennemsnit dør socialt udsatte 19 år tidligere end resten af befolkningen (3).

Socialt udsatte voksne er også ramt af ulighed i sundhed, et fænomen som i Danmark næsten er blevet fordoblet i løbet af de sidste 20 år, trods indsatser for det modsatte. Fællesskabsmålingen der udføres af Det Nationale Forskningscenter for Velfærd viser, at cirka en femtedel af befolkningen har sociale og helbredsmæssige problemer samt lav livstilfredshed. Særligt gruppen af socialt udsatte, som udgør 4 pct. af befolkningen, er karakteriseret ved at have meget vanskelige levevilkår, der klart adskiller sig fra de levevilkår, som størstedelen af befolkningen har. Det påvirker ikke overraskende både det fysiske helbred og den mentale sundhed negativt. (se fig. 1 samt boksen på næste side).



Oveni de sociale problemer, oplever socialt udsatte borgere også, at deres helbred og trivsel generelt er betydeligt dårligere end den generelle befolknings helbred og trivsel.



Figur 1. Fællesskabsmålingen viser med al tydelighed de stærke sammenhænge mellem at tilhøre en risikogruppe og nedsat fysisk helbred og mental sundhed (4).

Robusthed

De massive udfordringer som socialt udsatte borgere oplever, gør det svært for dem at tage initiativ og opsøge hjælp. De komplekse problemstillinger kan gøre det svært for kommunale medarbejdere at yde støtte og hjælp samt at give råd, så individuelle behov tilgodeses så optimalt som muligt.

Det giver anledning til at interessere sig for, og forsøge at forstå de mekanismer, der medvirker til, at socialt udsatte borgere opnår bedst mulig selvbestemmelse, selvstændighed og uafhængighed, samt at kende og forstå de processer og livsvilkår, der gør, at socialt udsatte borgere får bedre muligheder og forudsætninger for at opnå robusthed, handlekraft og selvhjælp ved hjælp af forebyggende indsatser.

Det formodes, at man hele livet danner mønstre og formes af tendenser, karakteristika, sociale relationer og livsforhold, der kan være med til at skabe robusthed (se definition i boksen herunder).



Det formodes, at man hele livet danner mønstre og formes af tendenser, karakteristika, sociale relationer og livsforhold, der kan være med til at skabe robusthed.

Robust

Robust er afledt af det franske robuste, af latinsk robustus, af robus, en ældre form af *ro-bur*, som betyder eg (egetræet) og har betydningen styrke; kraftig; stærk. Robuste mennesker er modstandsdygtige over for belastninger eller vanskelige livsbetingelser.

'Robusthed handler om at blive god til at klare livets udfordringer i stort og småt: udfordringer i forhold til andre mennesker; klare opgaver, som er svære; kunne holde fast i et mål, der skal nås og klare fristelser, som man ikke har godt af. Robusthed handler også om at gøre det nemmere at lære nyt og huske, kunne træffe fornuftige beslutninger og forebygge konflikter, usikkerhed og pres i hverdagen' (5, 6).



Robusthedshjulet

Dette projekt bygger på to tidligere gennemførte projekter, dels 'Robuste Ældre' i Ikast-Brandeborg Kommune 2015 hvor der blev afdækket ni beskyttende faktorer, som til sammen danner Robusthedshjulet (7). Dels projektet 'Robuste seniorer, når ældre kan selv eller sammen med andre' i Gentofte Kommune, 2022 (8), hvor Robusthedshjulet blev kvalificeret og videreudviklet i en anden kulturel kontekst.

I dette projekt afprøves om de fundne robusthedsfaktorer blandt ældre også er gældende i andre borgergrupper, hvor livsvilkår og kulturelle kontekster er anderledes?

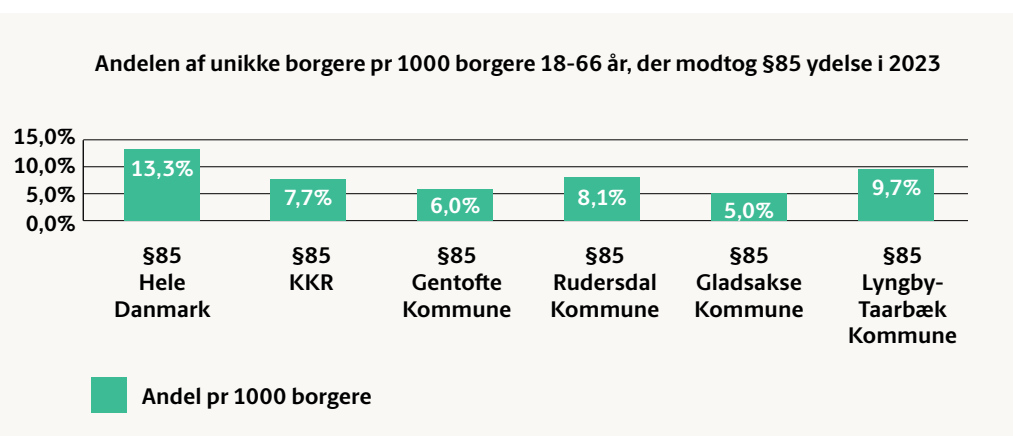
Formålet er at afprøve Robusthedshjulets anvendelsesmuligheder blandt en gruppe socialt udsatte borgere, for at vurdere om de ni robusthedsfaktorer er væsentlige faktorer for hvordan borgere i udsatte positioner vurderer deres eget liv. Derudover er formålet at belyse om der er eventuelle andre faktorer, der medvirker til at borgere i denne målgruppe klarer sig, som de gør – på trods af – de nogle gange voldsomme erfaringer de har med fra deres hidtidige liv.

Målgruppen

Projektets målgruppe er borgere, der modtager støtte efter Socialloven §85¹. I 2023 var der i alt 3.697.602 personer i Danmark mellem 18 og 68 år. Af disse modtog 49.251 støtte efter Serviceloven § 85, hvilket svarer til 13,3% pr 1000 borgere. I Region Hovedstaden modtog 9423 personer svarende til 7,7 % pr 1000 borgere §85 støtte, og i Gentofte Kommune var der 266 svarende til 6,0% pr 1000 borgere, der modtog støtte §85 støtte (fig. 2) (9).



Formålet er at afprøve om de ni robusthedsfaktorer er væsentlige faktorer for hvordan borgere i udsatte positioner vurderer deres eget liv.



Figur 2 Antal unikke borgere pr 1000, der modtog støtte i 2023 i hhv. hele Danmark, kommuner i Region Hovedstaden (KKR), Gentofte, Rudersdal, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk kommuner (4).

1. Kommunalbestyrelsen skal tilbyde hjælp, omsorg eller støtte samt optræning og hjælp til udvikling af færdigheder til personer, der har behov herfor på grund af betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

I forhold til sammenlignelige kommuner (Rudersdal, Gladsaxe og Lyngby-Tårnbæk) er antallet af borgere, der modtager støtte efter §85 i hhv. Gentofte og Gladsaxe kommune er lidt lavere end antallet af borgere i Rudersdal og Lyngby-Tårnbæk kommune (tabel 1 og fig. 1) (9). Variationen i ydelse til en borger afhænger af individuelle behov f.eks. om der er tale om botilbud eller støtte i borgerens eget hjem, men også hvilke tilbud den enkelte kommune kan tilbyde.

	§85
Hele Danmark	49251
Kommuner i Region Hovedstaden	9423
Gentofte Kommune	266
Rudersdal	259
Gladsaxe	220
Lyngby-Tårnbæk	352

Tabel 1. Antal borgere der modtog støtte i 2023 i hhv. hele Danmark, kommuner i Region Hovedstaden (KKR), Gentofte, Rudersdal, Gladsaxe og Lyngby-Taarbæk kommuner (4).

Projektets fokus på robusthed, handlekraft og sundhed antages at kunne medvirke til mere målrettede indsatser og dermed mulighed for at understøtte et bedre levet liv for udsatte borgere i tættere samspil med frivillige og kommunale tilbud.

Ved at afprøve de ni robusthedsfaktorer i Robusthedshjulet blandt udsatte borgere, vil det være muligt at afdække om disse er tilstrækkelige for at belyse udsatte borgeres livsverden – positive som negative – eller om borgerne afslører andre væsentlige og relevante faktorer, der med fordel kan komme i spil, når man arbejder med udsatte borgere.

Det forventes, at projektet kan være med til at højne evidensen for, hvilke tiltag der er effektfulde for borgere, der modtager støtte i det sociale arbejde i Gentofte Kommune.



Projektets fokus på robusthed, handlekraft og sundhed antages at kunne medvirke til mere målrettede indsatser.

Metode

Udvælgelse af interviewpersoner

Samtlige borgere i undersøgelsen er udvalgt ud fra en registrering af, at de modtager støtte fra Center for Trivsel og Netværk (CTN i Gentofte Kommune) efter § 85 i Serviceloven. Der er udarbejdet en bruttoliste der indeholder 75 borgere. Bruttolisten er trukket for aldersgruppen 20 - 54 år. Ud af de 75 borgere er der prioriteret 30 borgere, der kan være potentielle interviewpersoner.

De 45 borgere der ikke er medtaget i gruppen af potentielle interviewpersoner, er frasorteret på baggrund af: Indlæggelse, fraflytning fra kommune, faglig vurdering af, at borgeren ikke kandeltage på grund af aktuelle problemer eller en habituel situation hvor borgeren er for udsat.

30 borgere modtog et informationsbrev, der var udarbejdet af en sundhedsfaglig konsulent fra Social & Handicap i Gentofte Kommune, der kort forklarede om projektet og deltagelse heri. Alle borgere blev yderligere enkeltvist informeret om projektet af en individuel vejleder, som borgeren kendte i forvejen, og hvor borgeren havde mulighed for at stille spørgsmål til egen vejleder eller den sundhedsfaglige konsulent. Nogle borgere ønskede at tænke over det, og tog så stilling til deltagelse på et senere tidspunkt.

Af de 30 potentielle interviewpersoner har 15 takket nej til at deltage. Der er foretaget interview med de resterende 15 borgere, der takkede ja.

Ved udvælgelse af borgere til interview, er der forsøgt at sikre så bred aldersspredning som muligt. Derudover er der søgt en ligelig fordeling i henhold til fysisk køn.

Deltagere i interview

I alt 15 borgere har indvilliget i at blive interviewet, seks kvinder og ni mænd. Alle bor alene med undtagelse af en enkelt, der bor med sin kæreste, og en anden har jævnligt en veninde boende. Deltagerne er i gennemsnit 33 år, den yngste er 22 og den ældste er 45 år. Kun et par stykker af deltagerne har tidligere boet på bosted eller aflastningsbolig. Flere modtager eller har modtaget anden hjælp end støtte efter servicelovens § 85, det er f.eks. fra jobcenteret, café Stolpen, klub Droslen, ungenetværket, Momentet, den lokale sportsforening GIF (Gentofte Idræts Forening) eller forskellige former for netværksgrupper typisk i forhold til en diagnose som f.eks. autismespektrumforstyrrelse.

Ikke alle ønskede at deltage

Nogle borgere sagde kategorisk nej til at deltage med det samme, uden yderligere begrundelse. Nogle sagde i første omgang ja, men fortrød senere i processen. Årsagerne hertil var flere, f.eks. meldte nogle fra, da der skulle laves en fast aftale, eller deltagelse var bare blevet for uoverskueligt. Nogle var flyttet fra kommunen for nylig, mens andre i mellemtiden havde fået det så dårligt, at det ikke var muligt at deltage. Dagsformen er formodentligt meget afgørende for beslutningen om at deltage.



I alt 15 borgere har indvilliget i at blive interviewet, seks kvinder og ni mænd.

Interview

Formålet med interviewet var at få adgang til borgerens livsverden for at forstå de tanker, følelser og overvejelser, de har gjort sig om livet og dagligdagen, og få indblik i hvilken 'livsbagage' (mængde af erfaringer og hændelser i vores liv; de gode og de mindre gode), de hver især har med sig til at tackle hverdagslivets udfordringer. Der var udarbejdet en interviewguide til formålet (Bilag 1). Guiden skulle opfattes som en ramme for interviewet, med mulighed for at spørge ind til væsentlige handle-mønstre, udsagn eller synspunkter, som borgeren udtrykte (semi-struktureret interview). Interviewguidens teoretiske ramme er inspireret af 'Den kvalitative livshistorie' (10, 11). Overordnet er det den samme interviewguide, som er brugt i projekterne 'Robuste ældre - En undersøgelse af ældre menneskers robusthed set i et salutogent perspektiv' i Ikast-Brande Kommune og 'Robuste seniorer - Når ældre kan selv eller sammen med andre' i Gentofte Kommune. Interviewguiden er tilpasset udsatte borgere og suppleret med enkelte oplysende spørgsmål, som f.eks. hvor længe borgeren har været tilknyttet Center for Trivsel og Netværk.

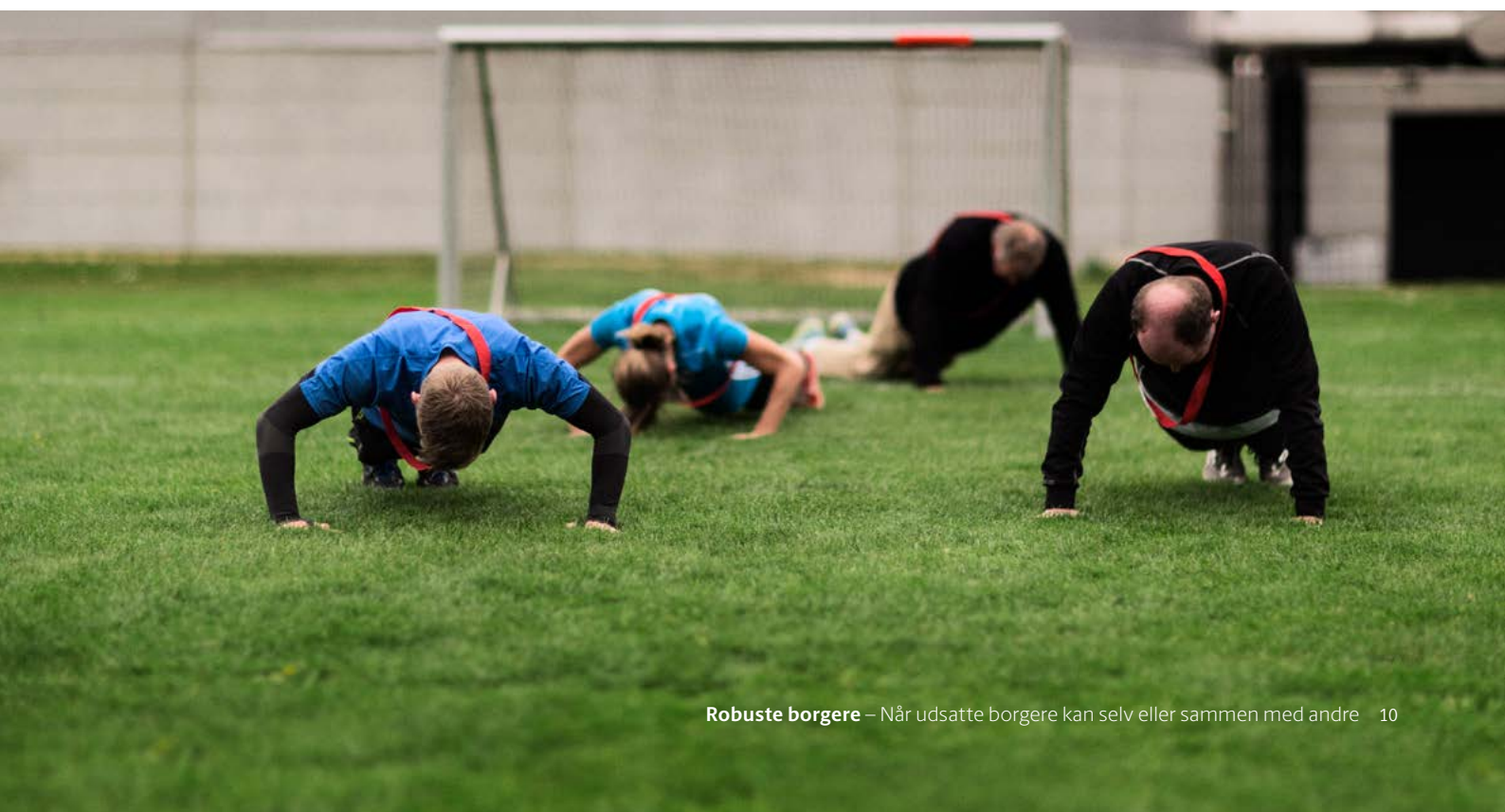
Interviewguiden bygger på seks emner:

1. Indledning (navn, civilstand og alder)
2. De seneste livsår (dagligdagen, (u)afhængighed og aktiviteter)
3. Hvordan opfatter du dig selv og dit liv (personlighed, selvtillid/selvværd, sorger og glæder, sundhed)
4. Barndom og ungdom (barndomshjemmet, skolen, flytte hjemmefra)
5. Voksenlivet (familien, arbejde, bosted, interesser)
6. Afslutning (fremtiden, at klare sig selv, netværk, energi).

Disse emner er valgt, idet det antages, at de alle på den ene eller anden måde har betydning for, hvordan den enkelte borger mestrer dagligdagen.



Formålet med interviewet var at få adgang til borgerens livsverden for at forstå de tanker, følelser og overvejelser, de har gjort sig om livet og dagligdagen, og få indblik i hvilken 'livsbagage', de hver især har med sig til at tackle hverdagslivets udfordringer.



Interviewet blev gennemført på et på forhånd aftalt sted f.eks. i borgerens hjem eller på Center for Trivsel og Netværk eller et andet egnet sted. Det foregik ved, at en interviewer stillede spørgsmål til borgeren.

Der var i alt 8 interviewere, som alle er ansatte i Social & Handicap i Gentofte Kommune. De deltog i en en-dags workshop ledet af forsker Lis Puggaard, hvor den teoretiske basis for gennemførelse af livshistorieinterview via den motiverende samtale blev gennemgået, og der var mulighed for at afprøve metoderne i praksis. Endelig blev interviewerne instrueret i, hvordan interviewene skulle sammenskrives/transkriberes.

Ved transskribering af de enkelte interview er benyttet forskellige tilgange:

- *Meningskondensering*, som sammenfatter essensen af betydningerne i de interviewedes udtalelser
- *Narrativ meningsstrukturering*, som fokuserer på de historier, der fortælles under interviewet
- *Meningsfortolkning* hvor intervieweren fortolker og udarbejder betydningsstrukturer og betydningsrelationer ind i en given kontekst.



Der var i alt 8 interviewere, som alle er ansat i Social & Handicap i Gentofte Kommune.



Rationaler

Et rationale er et analytisk redskab, der fremhæver særlige mønstre. Rationalerne er en måde, hvorpå man kan systematisere en virkelighed, der er mangetydig og heterogen, og er et analytisk greb, som gør det muligt at fremhæve væsentlige dimensioner og signifikante mønstre i interviewene og på tværs af interviewene. De rationaler, der er benyttet i denne analyse - og i analysen af projekterne i henholdsvis Ikast-Brande og Gentofte - er udarbejdet på baggrund af viden fra dansk litteratur om aldring og alderdom (12, 13 14, 15, 16, 17). Der er ved udarbejdelse af den benyttede interviewguide og rationalerne forsøgt at knytte sammenhæng med 'Det Dobbelte Kram'. Nemlig de vigtige livsstilsfaktorer Kost - Rygning - Alkohol - Motion som primært relaterer til den fysiske sundhed (helbred, dvs. om man er rask eller syg), mens Kompetencer - Relationer - Accept - Mestring især relaterer sig til den mentale sundhed (robusthed).

I forbindelse med nærværende projekt er der desuden inddraget dansk litteratur omhandlende udsatte borgere (19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27) i analysen.

På baggrund af ovenstående projekter i hhc. Ikast-Brande og Gentofte kommune blev der udviklet ni rationaler, som synes at have stor betydning for robusthed og helbred i forhold til ældre, der klarer sig uden hjælp fra kommunen. De ni rationaler er brugt til tværgående analyser af interviewene i såvel Ikast-Brande projektet som i projektet i Gentofte Kommune.



I forbindelse med nærværende projekt er der inddraget dansk litteratur omhandlende udsatte borgere i analysen.



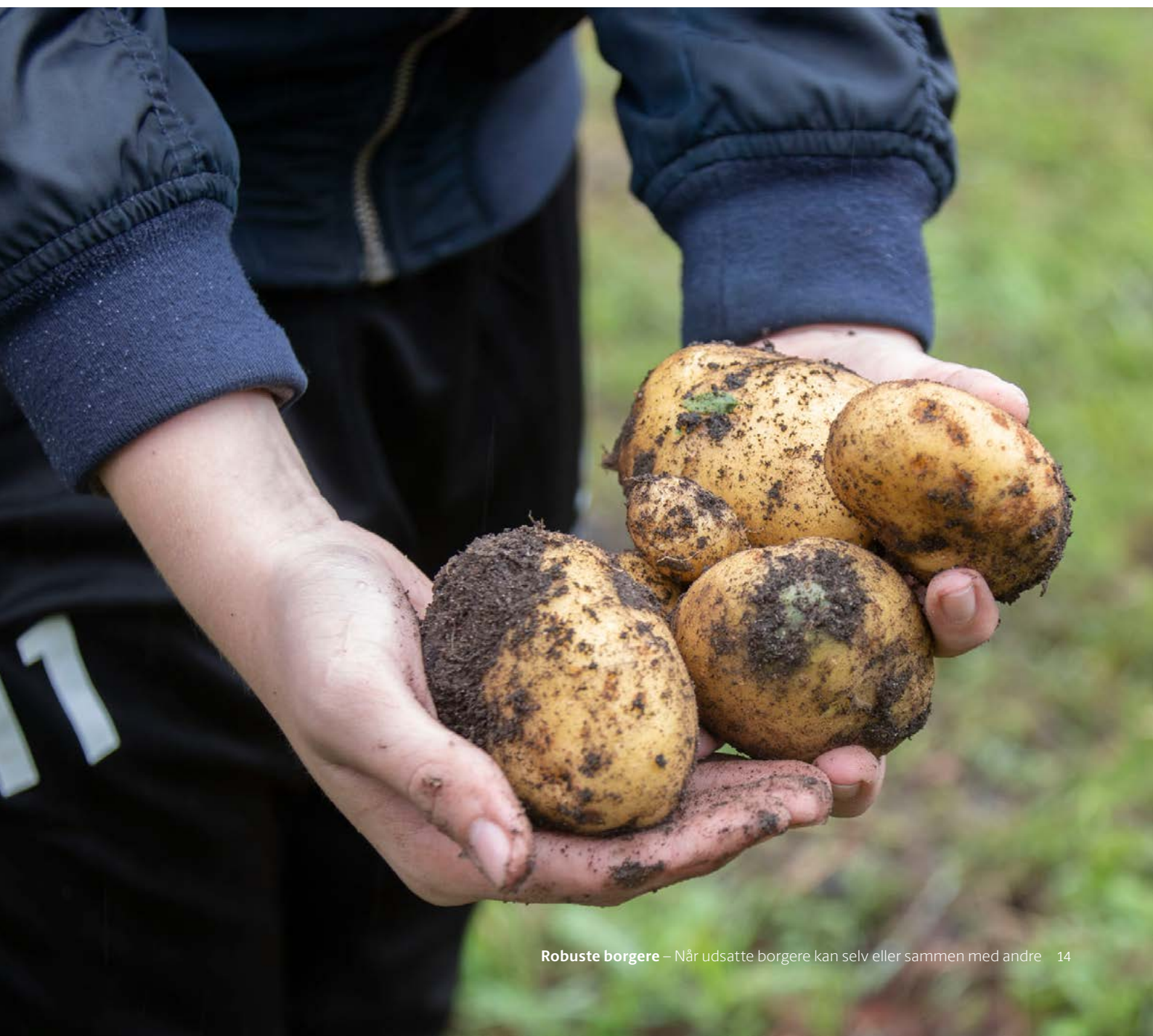
De ni rationaler er:

1. **Personlighed** – forstås som helheden af de centrale og forholdsvis varige egenskaber hos et menneske, der karakteriserer dets individuelle væremåde og stil med hensyn til f.eks. følelser, mellemmenneskelige relationer, holdninger og motivation. Personlighed har også betydning for, hvordan man opfatter sig selv, personlige kompetencer, hvordan man mestrer udfordringer, og personlighed kan desuden have indflydelse på udvikling af sygdom.
2. **Helbred** – påvirkes af livsstilsfaktorerne, dårligt helbred kan føre til nedsat funktionsevne, som også er afhængig af sociale forhold og mestrings.
3. **Familie** – er med til at danne ens identitet, gode familieforhold øger livskvalitet og lykkefølelse. Familien danner et vigtigt grundlag for barndommen, hvor værdier grundlægges og bæres med ind i voksen- og ældrelivet.
4. **Netværk** – gode sociale netværk har betydning for livskvalitet hele livet, og sociale relationer har indvirkning på helbredet.
5. **Sorger og glæder** – er en del af livet. Det har stor betydning om man kan mestre sorger og nyde glæder, og hvordan man gør det.
6. **Beskæftigelse (job)** – for mange mennesker ligger en stor del af identiteten i ens arbejde, her opbygges kompetencer, nogle gange kan fysisk arbejde påvirke helbredet enten ved at bevare en god fysisk form og helbred, eller man kan slide på kroppen i form af stress eller fysiske skavanker.
7. **Interesser** – grundlægges ofte tidligt i livet, det kan være med til at skabe sociale relationer og struktur i hverdagen, f.eks. i form af motion eller kulturelle aktiviteter.
8. **Struktur i hverdagslivet** – rytmer og faste rutiner i dagligdagen er vigtige, at have noget at stå op til, at bruge sine kompetencer, og at være sammen med andre f.eks. til motion eller kortklub.
9. **Værdier** – vigtige værdier er at bevare kompetencer, så man kan klare sig selv; at man er selvhjulpne og har selvbestemmelse. Det betyder, at man skal være realistisk om egen kunnen, og have accept af den situation de befinder sig i og de levevilkår, der ikke står til at ændre, for netop at have fokus på det man kan ændre, og som har værdi for den enkelte person.

I det følgende vil de ni rationaler blive kaldt for robusthedsfaktorer.

Teoretisk ramme

Vellykket aldring og et vellykket liv i det hele taget relateres typisk til psykiske ressourcer, sociale rammer samt og fysisk helbred og funktionsevne i hverdagslivet (18). Livslyst og livskraft er bestemt af balancen mellem disse tre områder, mens *mestring* er evnen til at opnå balance eller evnen til at tackle belastninger (17). Det formodes, at man hele livet danner mønstre, tendenser, karakteristika og livsforhold, der i bedste fald er med til at skabe *mestring* og *psykisk robusthed*. Som begreb knytter *mestring* og *robusthed* sig tæt til andre beslægtede begreber som f.eks. *resiliens*, *empowerment* og *self-efficacy*. Fælles for begreberne er, at de kredser om en særlig menneskelig *modstandskraft* og *tilpasningsevne* der gør, at individet – i samspil med nærmiljøet og andre mennesker – udvikler evnen til 'at klare sig'.



Begrebsafklaring af nøglebegreber

Robust

Robust er afledt af det franske robuste, af latinsk robustus, af robus, en ældre form af robur, som betyder eg (egetræet) og har betydningen styrke; kraftig; stærk. Robuste mennesker er modstandsdygtige over for belastninger eller vanskelige livsbetingelser. "Robusthed handler om at blive god til at klare livets udfordringer i stort og småt: udfordringer i forhold til andre mennesker; klare opgaver, som er svære; kunne holde fast i et mål, der skal nås og klare fristelser, som man ikke har godt af. Robusthed handler også om at gøre det nemmere at lære nyt og huske, kunne træffe fornuftige beslutninger og forebygge konflikter, usikkerhed og pres i hverdagen". (Kilde: bl.a. 5; 6).

Resiliens

Resiliens kommer af latinsk resiliencia; at 'springe tilbage'; eng. resilience 'ukuelighed'. Resiliens handler om en særlig modstandskraft, der gør, at nogle mennesker klarer sig godt på trods af, at deres livsbetingelser udgør en risiko for at udvikle f.eks. sygdom og psykiske skader. Resiliens opfattes ikke som en særlig egenskab hos individet (som robusthed eksempelvis kan gøres), men udvikler sig derimod i spillet mellem medfødte og/eller tillærte egenskaber set i forhold til omgivelserne. Således forstås resiliens som en proces, der opstår i relationerne mellem personen og de miljøer, som individet indgår. En persons udadvendthed og kontaktstyrke kan ses som ressourcer, men det kan evnen til 'at sige fra' også. (Kilde bl.a. '5, 28, 29 30)

Empowerment

Empowerment er afledt af det engelske verbum empower i betydningen at 'give magt til; sætte i stand til'. Empowermentbegrebet handler om 'evnen til at få kontrol over og tage ansvaret for sit eget liv og sin situation, fx i relation til arbejde, familie og politisk indflydelse' (Den Danske Ordbog). Begrebet føres gerne tilbage til den brasilianske pædagog og professor i historie og filosofi Paulo Freire. Empowerment er både en proces og et mål i sig selv. Målet med empowerment er at give mennesker viden og færdigheder til at yde hensigtsmæssig egenomsorg samt at opnå en større sammenhæng, mening, kontrol og medbestemmelse over eget liv. I empowermentprocessen er der fokus på, at hvert individ har sine specielle kompetencer, interesser og behov, og at en forudsætning for, at man kan tage ansvar for egne handlinger, er, at man har haft mulighed for at formulere præmisserne herfor. (Kilde: Bl.a. 5; 31, 32, 33).

Self-efficacy

Det engelske begreb "self-efficacy" har ikke fået sin direkte danske oversættelse endnu, men refererer til et menneskes tro på egen evne til at organisere og udføre de handlinger, som er nødvendige for at mestre fremtidige adfærdsskift (34, 35). Self-efficacy er et af nøglebegreberne i Social Cognitive Theory (SCT) der er udviklet af den amerikanske psykolog Albert Bandura og som har fokus på analyse af motivation, tanke og handling i et socialt og kognitivt perspektiv. Banduras udgangspunkt er, at individ, omgivelser og adfærd gensidigt påvirker hinanden. (Kilde: 34; 35).

Befolkningsundersøgelserne i Glostrup Kommune² har vist, at sociale forhold typisk indvirker på funktionsevnen, personlighedsfaktorer på senere sygdomsindtræden og livsstil på helbred (12). Spørgsmålet er, hvad der danner baggrunden for, at psykiske ressourcer, sociale rammer og fysisk helbred og funktionsevne i hverdagslivet går op i en højere enhed, så det enkelte menneske oplever et vellykket liv og aldrig samt mestring, robusthed og modstandskraft. Et nærliggende svar kan findes i forskningsområdet *salutogenese*, som også udgør denne undersøgelses overordnede teoretiske ramme. Ovenstående sammenhænge gælder ikke kun for ældre mennesker, men kan bruges som en referenceramme hele livet – også for udsatte borgere.

Det Dobbelte KRAM

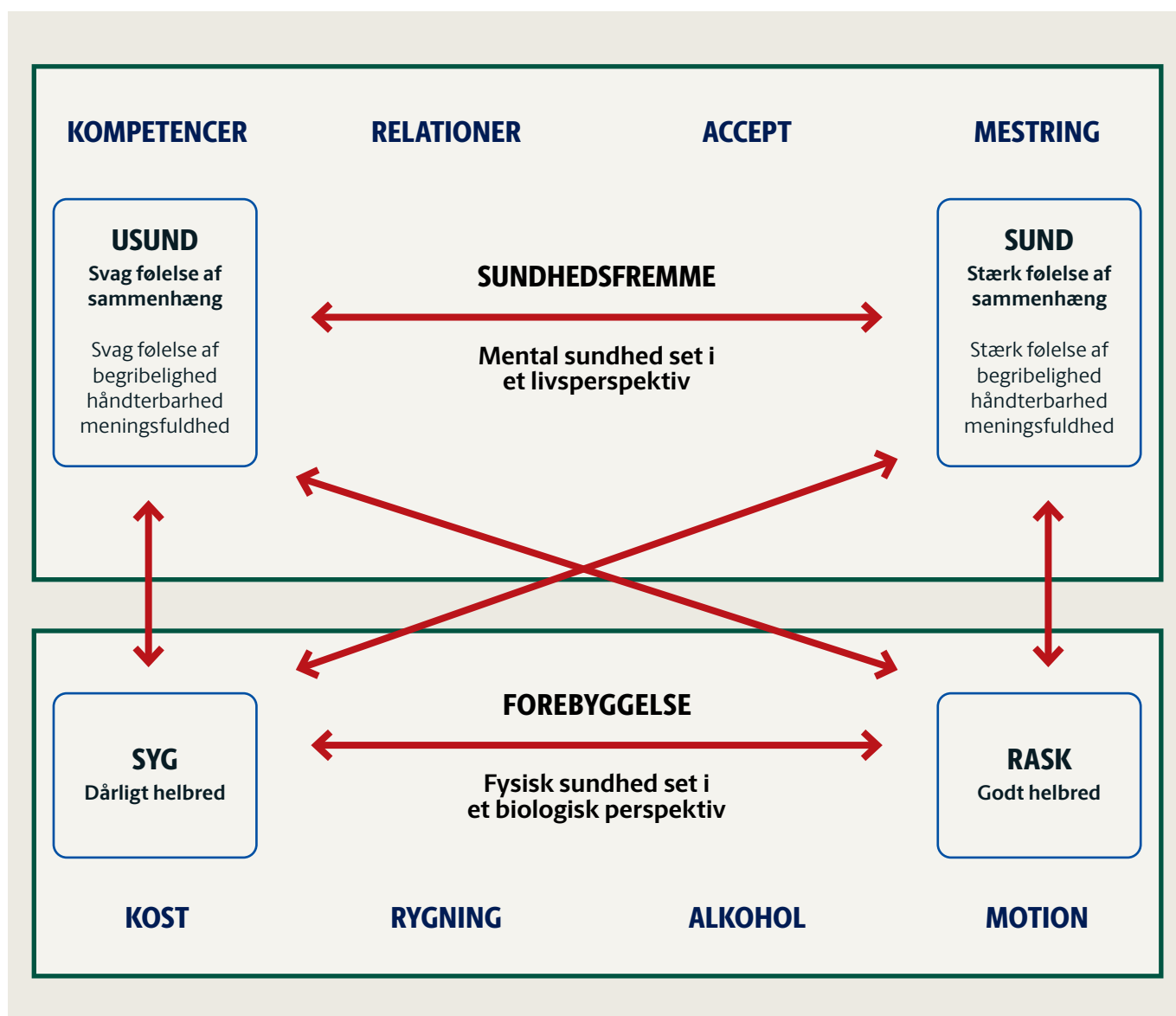
Sundheds- og trivselsmodellen 'Det Dobbelte KRAM' er udviklet med afsæt i salutogenese, der er evidensbaseret forskning inden for sundhedsteori (saluto = sundhed; genese = årsag til, udvikling af) (36). Modellen indeholder et *helbreds-KRAM*, der på positiv eller negativ vis er stærkt påvirket af velkendte livsstilsfaktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion) samt et *mentalt sundheds/robustheds-KRAM*, hvor

- *Kompetencer* står for personlige positive egenskaber og kundskaber på intellektuelle, praktiske og sociale områder.
- *Relationer* står for anerkendende sociale rummelige netværk.
- *Accept* står for, at der kan være forhold i livet som man ikke kan gøre noget ved, og forhold man kan gøre noget ved, og fokuserer på sidstnævnte i et ressourceorienteret perspektiv.
- *Mestring* står for, at man magter og kan håndtere livets udfordringer; og hvis man ikke kan, at man magter at søge hjælp.



Spørgsmålet er, hvad der danner baggrunden for, at psykiske ressourcer, sociale rammer og fysisk helbred og funktionsevne i hverdagslivet går op i en højere enhed, så det enkelte menneske oplever et vellykket liv og aldrig samt mestring, robusthed og modstandskraft.

2. Befolkningsundersøgelserne i Glostrup har siden 1964 jævnligt undersøgt tilfældigt udvalgte borgeres risiko for sygdomme og ændringer i funktionsevne. En stor del af forebyggende indsatser bygger på viden fra disse data.



Figur 3. 'Det Dobbelte KRAM' hvor trivsel overordnet set handler om at være så langt mod højre som muligt på figurens to vandrette pile (36). Illustrationen bringes med tilladelse fra forfatter og Hans Reitzels Forlag.

Som tidligere beskrevet er der identificeret ni robusthedsfaktorer, der er brugt som fortolkningsramme i forhold til at afdække robusthed. Hver af disse robusthedsfaktorer har indflydelse på et eller begge af de to sæt KRAM-faktorer vist på fig. 3 – og begge sæt KRAM-faktorer har indflydelse på en eller flere af de ni robusthedsfaktorer. Denne helhedsorienterede, tværvideenskabelige og dynamiske tilgang knytter sig tæt til begrebet 'det hele menneske'.

Det hele menneske og LUP-modellen

Begrebet 'det hele menneske' er et hyppigt anvendt udtryk inden for fx de sundheds- og socialfaglige områder. Der er ikke en klar definition på hvad 'det hele menneske' dækker, men oftest refereres der til den *biopsykosociale sundheds- og sygdomsmodel samt det brede sundhedsbegreb* som WHO formulerede med baggrund i en række internationale konferencer om sundhedsfremme op gennem 1980'erne og 1990'erne:

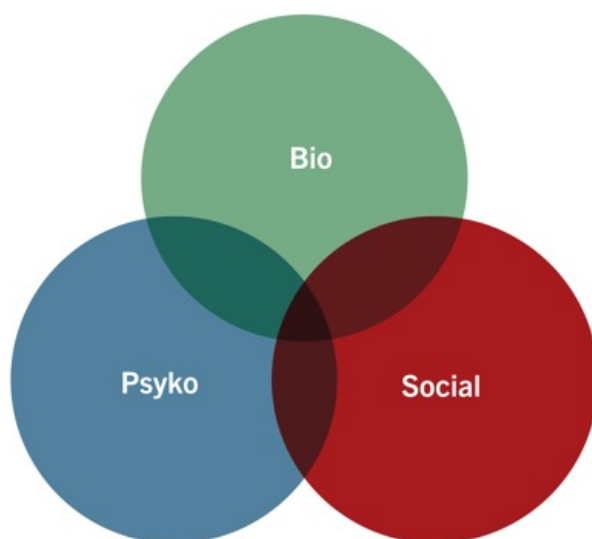
'Sundhed skabes af mennesker inden for rammerne, hvor de til daglig lærer, arbejder, leger og elsker. Sundhed skabes ved at yde omsorg for sig selv og andre, ved at kunne træffe beslutninger, som bedst indfrier egne ønsker og mål [og] at det samfund, man lever i, skaber betingelser, som giver alle mulighed for at træffe disse beslutninger' (WHO, 2010).

Den biopsykosociale model er vist i fig. 4. Den har bestemt bidraget til en mere nuanceret forståelse af de forskellige faktorer som – positivt eller negativt – har indflydelse på ikke blot menneskers sundhed og sygdom, men også deres evner og vilkår til at klare opgaver i livet. Sidstnævnte evner og vilkår findes især i modellens psykologiske og sociale perspektiv, som også har tråde til begreberne mestring og robusthed.



Det biologiske perspektiv

omhandler det enkelte menneskes krop og dens processer, fx gener/epigenetik, biologisk alder, hjerne, muskler, led, organer, immunforsvar.



Det psykologiske perspektiv

omhandler det enkelte menneskes mentale liv og dets processer og knytter sig til fx tanker, følelser, behov, erindringer, personlighedstræk, evne til selvregulering, viljestyrke, identitet, selvværd, kognitiv profil, mestringsstrategier, adfærd.

Det sociale perspektiv

omhandler det enkelte menneskes sociale relationer (familie, venner, kollegaer m.v.), sociale identitet, kommunikative samspil, fællesskaber, man indgår i, leve- og arbejdsvilkår, miljøer og rammer for livet, paradigmer i samfundet, som man lever i, og som er bestemt af bl.a. viden, politiske processer, normer og kultur.

Figur 4. Den biopsykosociale model indeholder tre forskellige, samvirkende perspektiver med hver deres betydning for sundhed og sygdom (37). Illustrationen bringes med tilladelse fra forfatter og Hans Reitzels Forlag.

Den biospsykosociale model har imidlertid nogle begrænsninger. Det sociale perspektiv indeholder mange forskellige faktorer, der befinder sig på forskellige niveauer, som spænder lige fra de allernærmeste familierelationer over til leve- og arbejdsvilkår samt rammer for livet, som ofte er politisk bestemte. Det er meget at rumme i det samme perspektiv. Desuden er modellen blevet kritiseret for at mangle nogle perspektiver bl.a. et eksistentielt, og flere fagprofessionelle har også gennem årene givet udtryk for, at en persons livshistorie og aktuelle livssituation bør komme til udtryk i en helhedsorienteret model for sundhed og sygdom.

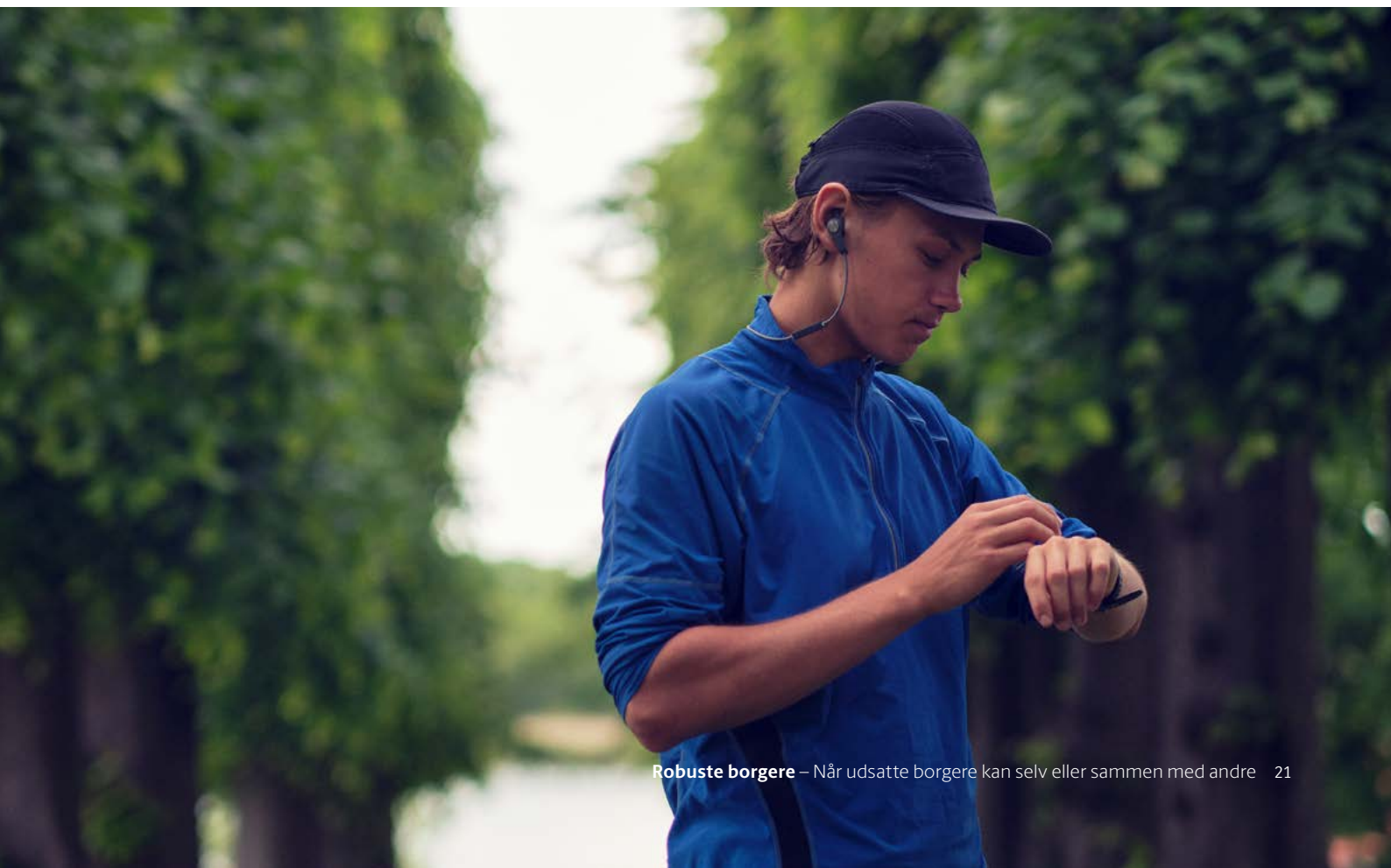
Derfor er der i forbindelse med bogen *Det hele menneske: LUP på sundhedspædagogik i praksis* (37) blevet udviklet en ny model for 'det hele menneske', kaldet LUP-modellen (fig. 5). LUP er en forkortelse af *LivsUdfoldende Perspektiver*, og modellen knytter sig tæt til salutogenese og Det Dobbelte KRAM. I nedenstående beskrives modellen meget kort i fire punkter som alle synes at have relevans i forhold til borgerne i udsatte positioner fra Gentofte-undersøgelsen.



LUP er en forkortelse af LivsUdfoldende Perspektiver, og modellen knytter sig tæt til salutogenese og Det Dobbelte KRAM.



- LUP-modellen indeholder i alt otte forskellige velkendte perspektiver, som på hver deres måde direkte eller i indbyrdes samspil kan påvirke en persons sundhed, trivsel og mestring såvel positivt som negativt (sygdom, mistrivsel og afmagt).
- LUP-modellen har fokus på både risikofaktorer samt beskyttende faktorer, som kan ligge i hver af LUP-modellens otte perspektiver. Disse faktorer har ligeledes indflydelse på personens liv. Dette element er illustreret med den omkransende ring med henholdsvis rød og grøn farve. I faktaboksen under LUP-modellen ses eksempler på veldokumenterede risikofaktorer og beskyttende faktorer fordelt på et individuelt, socialt og strukturelt niveau.
- LUP-modellen har ligeledes fokus på en persons empowerment. Dette er illustreret med de dobbelttrettede gule pile i hvert perspektiv: Lige så vel som personen kan blive påvirket af faktorer 'udefra' har personen muligheder - måske med støtte og hjælp fra andre - for at påvirke tilbage og ændre på uønskede vilkår og situationer i livet – i al fald det, der står til at ændre.
- Et vigtigt element i modellen er den underliggende tidsakse med personens fortid, nutid og fremtid. Elementet knytter sig særligt til LUP-modellens perspektiv med en persons livssituation og livshistorie. Personen bringer alle oplevelser og erfaringer (fortid) med ind i den aktuelle situation personen er i nu og her (nutid) – og vil som de fleste andre mennesker også have håb, drømme og ønsker for fremtiden. Disse vigtige 'henimod'-mål kendes bl.a. fra Recovery-tankegangen som i dag bliver mere og mere udbredt især i arbejdet med sårbare og udsatte borgere.

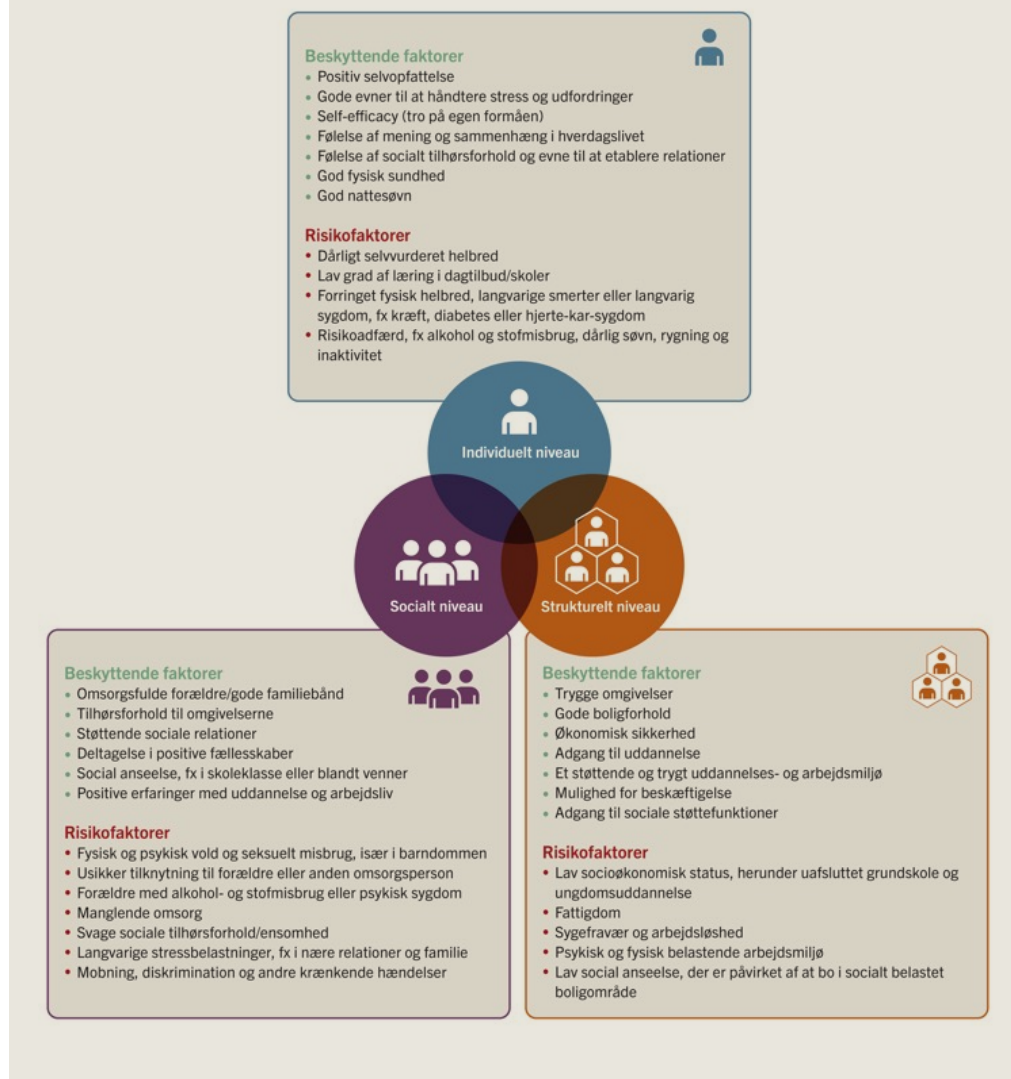




Figur 5. LUP-modellen med otte livsudfoldende perspektiver set over tid og deres betydning for sundhed, trivsel og mestring er et analyse-, dialog- og samarbejdsredskab til brug i den sundhedspædagogiske praksis (37). Illustration bringes med tilladelse fra forfatteren og Hans Reitzels Forlag.

Faktaboks:

En oversigt over beskyttende faktorer og risikofaktorer for mental sundhed



Illustrationen bringes med tilladelse fra forfatteren og Hans Reitzels Forlag.

Sundhedsstyrelsen giver i publikationen "Forebyggelsespakke – mental sundhed" eksempler på beskyttende faktorer og risikofaktorer for mental sundhed. Faktorerne præsenteres på et individuelt, socialt og strukturelt niveau, og vises her i en bearbejdet illustration for at tydeliggøre, at faktorerne kan samvirke med hinanden – positivt eller negativt. Alle faktorer kan placeres i LUP-modellens otte perspektiver (37).

Helbred - sundhed

Borgernes helbred og sundhed er vurderet ved to spørgsmål, dels 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?' og 'Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset indenfor den sidste måned?'. De samme to spørgsmål er en del af SUSY-udsat 2022 (19).

Mental sundhed og trivsel

Trivsel handler i bund og grund om at være sund og rask, altså at være så langt mod højre som muligt i sundheds- og trivselsmodellen 'Det Dobbelte KRAM'. Trivsel er et udtryk for et velbefindende, der giver det enkelte menneske en følelse af overskud, gåpåmod, handlekraft og glæde ved livet.

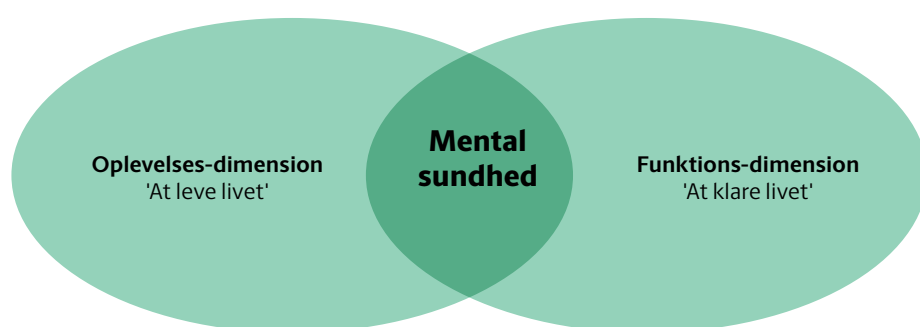
WHO definerer mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet

- kan udfolde sine evner
- kan håndtere dagligdags udfordringer og stress
- er i stand til at indgå i fællesskaber med andre mennesker.

Mental sundhed er således ikke kun fraværet af psykisk sygdom, men består også af psykologiske ressourcer og evner, som er nødvendige for at kunne udvikle sig og klare de udfordringer, der dukker op i alle menneskers liv.

Inden for mental sundhed skelnes der endvidere mellem en *oplevelses-dimension* ('at leve livet') og en *funktions-dimension* ('at klare livet') som begge har betydning for oplevelsen af trivsel (se fig. 6).

WHO forbinder altså trivsel og mental sundhed. Begge handler om psykiske og sociale dimensioners betydning for individets udfoldelse, hvilket passer direkte ind i salutogenese og teorien om Det Dobbelte KRAM.



Figur 6. Mental sundhed rummer to dimensioner, der overlapper hinanden: "at leve livet" og "at klare livet" (37). Illustrationen bringes med tilladelse fra forfatter og Hans Reitzels Forlag.



Trivsel er et udtryk for et velbefindende, der giver det enkelte menneske en følelse af overskud, gåpåmod, handlekraft og glæde ved livet.

- *Oplevelsesdimensionen* knytter sig til, at personen oplever at have det godt, at være overvejende glad, interesseret i og grundlæggende tilfreds med livet, som opleves meningsfuldt og sammenhængende – også på trods af udfordringer. Denne dimension knytter sig især til recovery- og trivselsbegrebet.
- *Funktionsdimensionen* knytter sig til, at personen kan klare dagligdagens gøremål, som fx at købe ind, lave mad, gå på arbejde eller i skole, indgå i sociale relationer, og kan håndtere de forskellige udfordringer, som hverdagslivet kan byde på. Denne dimension knytter sig især til aktivitetsbegrebet i ICF-modellen³.

Alle mennesker har krav på et godt liv præget af trivsel og livskvalitet ligesom alle andre befolkningsgrupper. Når ældre mennesker ikke trives, *somatiseres*⁴ deres forløb langt oftere end hos yngre mennesker. Det vil sige, at deres psykiske mistrivsel hurtigere giver fysiske symptomer. Derfor har ældre i mistrivsel ofte flere lægebesøg og brug for mere pleje og hjælp i hverdagen og de får flere undersøgelser på hospitalet – netop fordi både de ældre selv, men også omgivelserne, fejlagtigt tror, at der er noget fysisk galt (38). For gruppen af udsatte borgere gælder også, at de har krav på et godt liv præget af trivsel og livskvalitet ligesom alle andre befolkningsgrupper. Det må formodes, at når udsatte borgere mistrives, så somatiseres deres forløb. Socialt udsatte bruger ikke egen læge ret meget mere end resten af befolkningen, og de har et markant underforbrug af fx speciallæger og tandlæger, selvom de har et dårligere helbred på alle parametre sammenlignet med resten af befolkningen. Til gengæld har socialt udsatte borgere et væsentligt større forbrug af de sekundære sundhedsydelser såsom skadestuen og hospitalsindlæggelse, det gælder både i somatikken og psykiatrien, sammenlignet med resten af befolkningen (20).

I dette projekt er borgernes trivsel målt ved hjælp af WHO-5 Trivselsindeks (39). Her svarer borgerne på fem spørgsmål, der handler om, hvordan de har følt sig tilpas de seneste to uger (Bilag 2). For hvert spørgsmål angives en score mellem 0 og 5, hvor 5 er højeste værdi. Scoren for de 5 spørgsmål lægges sammen og ganges med 4, herved fås en samlet score mellem 0-100. WHO-5 måler graden af positive oplevelser, og er et objektivi mål for borgernes generelle trivsel eller velbefindende.



For gruppen af udsatte borgere gælder også, at de har krav på et godt liv præget af trivsel og livskvalitet ligesom alle andre befolkningsgrupper.

3. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO

4. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), WHO

Selvtillid og selvværd

Når man har *selvtillid*, har man det over for bestemte områder i livet. Man har en følelse af, at der er noget, man kan. F.eks. en revisor kan have selvtillid i forhold til at udarbejde regnskaber. Han kan præstere og yde noget, der giver opmærksomhed og respekt. Selvtillid handler om at kunne (40) – og knytter sig således til den omtalte funktionsdimensionen i mental sundhed. *Selvværd* drejer sig ikke om at yde noget, men om at tro på sit eget værd som menneske, uanset om man er god til noget bestemt eller ej. Når man hviler i sig selv, har man selvværd. Man er i mindre grad afhængig af andres meninger, forventninger eller reaktioner, på det man laver. Selvværd er tro på, at man bringer noget godt med sig, som nok skal blive værdsat af andre mennesker. Selvværd handler om at være (40) – og knytter sig således til den omtalte oplevelsesdimension i mental sundhed. Selvværdet formes allerede tidligt i barndommen og hele vejen gennem livet i samspil med omverdenen. Det betyder, at lavt selvværd og dårlig selvtillid kan stå i vejen for at nyde livet – omvendt kan højt selvværd og høj selvtillid være med til at fremme tilfredshed og *nydelse* af livet.



Bearbejdning af interview

Alle interviews analyseres samlet uanset køn og alder, da der ikke er nævneværdig forskel på yngres og ældres eller kvinders og mænds svar i forhold til de forskellige spørgsmål.



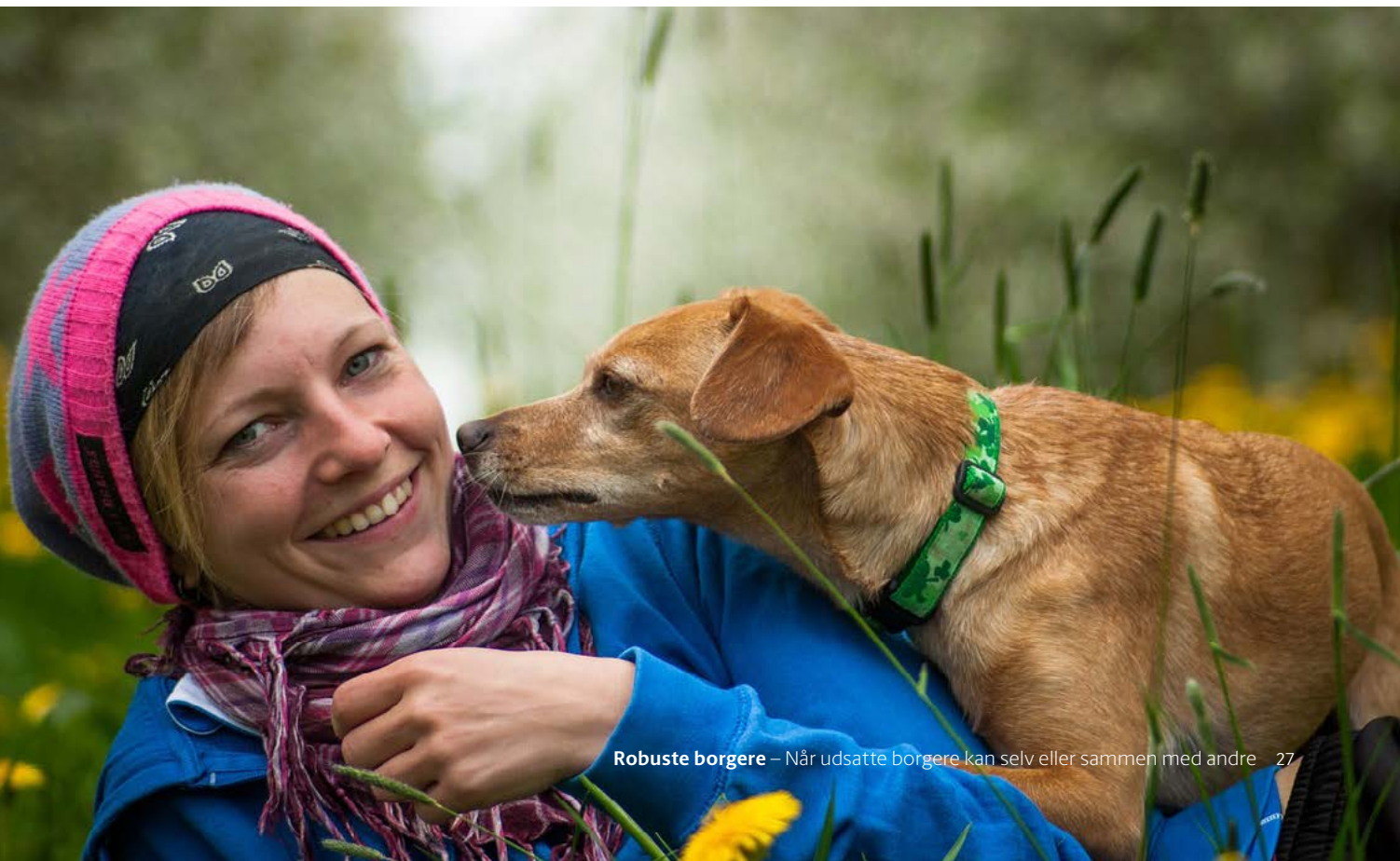
Personlighed

For nogle mennesker er livet en lang god rejse med positive oplevelser og optimale muligheder for læring, væren og oplevelser. For andre er livet en prøvelse, det er op ad bakke, de føler måske, at det er synd for dem, at de har ikke fået, hvad de egentlig synes, de fortjener her i livet. Nogle føler de fortjener opmærksomhed, lykke eller kærlighed, mens andre ikke føler, at de fortjener det. Disse oplevelser og den enkeltes subjektive fortolkninger og fortællinger herom fungerer som en skabelon, der anvendes til at danne mening i nutiden, og når de anvendes, er de med til at forme vores selvbillede, selvtillid og selvværd (41).

Interviewpersonerne blev bedt om at vurdere både deres selvtillid og deres selvværd på en skala fra 1-10, hvor 1 er laveste værdi, og 10 er højeste værdi.

Der var kun en enkelt af de interviewede, der ikke ønskede at/kunne sætte tal på deres selvtillid og selvværd. Kun en enkelt nævner direkte, at det er svært at sætte tal på sig selv. I forhold til selvtillid svarede en enkelt meget lavt og en enkelt meget højt. De resterende fordelte sig med den største gruppe på 6/7/8 og lidt færre på 3/4/5. I forhold til selvværd var der ligeledes en enkelt der svarede meget lavt og en enkelt meget højt. Omkring 66% af de resterende svarede 4/5, mens nogle få svarede 6/7/8. Interviewene giver indtryk af, at de interviewede i mange tilfælde nøje har overvejet deres svar, og de har været gode til at reflektere over deres selvtillid og selvværd.

For nogle mennesker er livet en lang god rejse med positive oplevelser og optimale muligheder for læring, væren og oplevelser. For andre er livet en prøvelse, det er op ad bakke, de føler måske, at det er synd for dem, at de har ikke fået, hvad de egentlig synes, de fortjener her i livet.



Om selvtillid:

'Hvis du havde spurgt mig i sommers, havde den været 0 – men nu har jeg det bedre. Medicin har gjort, at jeg har fået det bedre med mig selv'

'De ser ikke, jeg sidder og er i tvivl om, ting jeg har gjort, jeg har sagt, og det betyder, at de formentlig har højere tillid til mig, end jeg selv har'

Om selvværd:

'Det er svært at føle sig som noget værd, hvis flere mennesker siger noget om en, selvom det ikke er rigtigt, selvom de ikke engang kender mig'

'Men for mig selv er jeg da en del værd nogle gange'

På spørgsmålet om egen opfattelse af ens *personlighed*, opfatter flere sig selv som imødekommende, venlige og stille og rolige. Mange nævner følelser og temperament som en del af deres personlighed, f.eks. at man er god til at vise sine følelser, det kan både være de gode og de dårlige. Kun ganske få nævner, at de har svært ved at vise følelser. En nævner sig selv som 'følelsesstyret', og mange nævner et roligt temperament som en positiv del af deres personlighed, f.eks. at man ikke er højtråbende og aggressiv, eller at man har lært at styre sit temperament. En enkelt nævner, at andre synes, at han kan opleves for ekstrovert. Flere opfatter sig selv som positive, åbne og oftest i godt humør, og de vil gerne hjælpe andre og være noget for andre. Et par stykker er drømmende og spekulerende. Flere opfatter sig selv som viljestærke, beslutsomme, vedholdende og med masser af gå-på-mod. Flere giver dog også udtryk for, at de har lavt selvværd, føler skyld, usikkerhed og utilstrækkelighed. Overordnet set giver de interviewede udtryk for en meget positiv opfattelse af deres personlighed, ikke fordi de ikke har udfordringer, men i højere grad fordi, de interviewede borgere selv gør en indsats for at være positive og opnå et godt liv.



Om personlighed:

'Altså det er jo meget positivt ladede ord, jeg bruger. Jeg har jo også en erkendelse af, der er jo også en eller anden dårlig ting. Det er jo heldigvis ikke det, jeg forbinder mig så meget med'

'Jeg giver mig selv værdi, og har fokus på at bygge mig selv op'



Vi ved, at udsatte borgere generelt har markant dårligere selv vurderet helbred end resten af befolkningen.

Helbred

Helbred knytter sig til den biologiske krop (organer, f.eks. hjerne og hjerte, muskler etc.), og om man er rask eller syg (se også fig. 3). I denne undersøgelse er deltagerne blevet bedt om selv at vurdere deres fysiske helbred. I følge Glostrup undersøgelserne går det godt for de ældre, der bedømmer deres helbred som godt, hvorimod de der udtrykker, at de har et skrantende helbred også oplever flere hospitalsindlæggelser, indflytning på institution og dødsfald (12). Det har altså stor betydning, hvordan man selv opfatter sit helbred. For at afdække om dette også gælder for udsatte borgere, kræves yderligere forskning. Vi ved, at udsatte borgere generelt har markant dårligere selv vurderet helbred end resten af befolkningen. De har flere sygdomme, dårligere tandsundhed, oplever flere smerter, og de har flere psykiske lidelser (20). Men vi ved også, at helbred kan påvirkes gennem forebyggelsesindsatser i forhold til livsstil f.eks. med fokus på KRAM faktorerne kost, rygning, alkohol og motion, og at dette gælder for alle mennesker. Også søvn er en vigtig faktor for helbredet, for det er under søvnen, at kroppen restitueres, og udsatte borgere sover generelt dårligere end resten af befolkningen (42, 20).

I forhold til spørgsmålet 'Hvordan synes du dit helbred er alt i alt', vurderer lidt over halvdelen af de interviewede, at deres helbred er godt eller vældig godt, 20% vurderer det mindre godt og 20% fremragende. Nogle udtrykker, at de har et godt helbred på trods af udfordringer. De fleste oplever problemer som f.eks. øresten, sklerose, dårlig lever, bøvl med ryggen, maveproblemer, astma, allergi osv. Mange oplever mere end ét problem. Flere nævner også, at de har problemer med tænderne.



Om helbred:

'Jeg er rigtig tit syg. Jeg har nærmest været syg hele tiden det sidste halve år. Konstant med min mave, gigt og knogleskørhed, og så virker min mave ikke, og så bliver jeg bare meget hurtigt syg'

'Jeg har bøvl med ryggen, fordi jeg har løftet forkert. Jeg gik ikke til læge med det. Men jeg kan stadigvæk få en lille smule ondt. Ellers har jeg et godt helbred'

I forhold til KRAM faktorerne, der knytter sig til livsstil, giver stort set alle udtryk for, at de spiser usundt. Flere siger, at de ikke spiser nok grønt, men de snacker, spiser chokolade, chips, slik osv. på trods af at flere nævner, at de kender anbefalingerne og kostpyramiden. Mange nævner, at de er overvægtige, og flere forsøger at tabe vægt, nogle ved hjælp af medicin. Nogle synes, det er svært selv at lave sund mad, en enkelt siger, han kan godt lide at lave mad. Kun en enkelt siger, at han spiser sundt. I forhold til tobaksrygning er der kun tre af borgerne, der ryger dagligt, to har røget tidligere, så langt de fleste er ikke-rygere. Langt de fleste siger, at de drikker, men med måde, det er f.eks. til festlige lejligheder, eller et par øl en gang imellem sammen med vennerne. Nogle siger, at de aldrig drikker, og et par stykker siger, at de drikker for meget. Der er kun to borgere, der siger, at de ikke dyrker motion, nogle er meget aktive, de fleste er lidt aktive. En del siger, at de meget gerne vil dyrke (mere) motion. Der bliver dyrket en bred vifte af motionsformer som f.eks. cykling, roning, svømning, styrketræning, løb, fodbold eller yoga. Flere nævner Gentofte Idrætsforening (GIF), som et sted de allerede er medlem af, eller gerne vil være medlem af. En del går dagligt ture, nogle med hunden, og en enkelt nævner, at hun implementerer træning i hverdagen. I forhold til misbrug af rusmidler er der ganske få, der har et regelmæssigt brug af hash eller kokain. Flere har prøvet forskellige former for rusmidler tidligere i livet, men langt de fleste benytter ikke rusmidler mere. Nogle få af borgerne sover dårligt, en enkelt er i udredning for søvnapnø. Flere siger, at de sover godt, nogle får måske i perioder for lidt søvn.

Om KRAM:

'Jeg føler mig sund, når jeg gør ting, der er sunde. Når jeg får søvn og får spist hele vejen i forhold til mad. Jeg mærker efter, hvor det er rigtigt'

'Der er det jeg reagerer på nu, når jeg oveni købet er hyperaktiv, så har jeg et ekstra stort behov for fysisk aktivitet'

I forhold til spørgsmålet: 'Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset inden for den sidste måned', vurderer lidt over halvdelen ofte eller meget ofte, hvor godt og vel 20% vurderer, at de en gang imellem eller næsten aldrig oplever stress, og kun en enkelt oplever aldrig stress. Der er ingen tvivl om, at stress fylder meget blandt interviewpersonerne. Flere siger, at de har kronisk stress, eller har haft stress det meste af livet. Årsagerne kan f.eks. være manglende job, at jobbet er for presset, eller at man bare generelt føler sig presset og let bliver irriteret.



Der er ingen tvivl om, at stress fylder meget blandt interviewpersonerne. Flere siger, at de har kronisk stress, eller har haft stress det meste af livet.

Om stress:

'Jeg mærker det fysisk som en knude i maven, og jeg mærker det som om, der sidder en elefant på min brystkasse'

En stor del oplever også depression, hjertebanken, angst og lignende, og de omtaler forskellige typer af medicin i den forbindelse. Nogle er gode til at søge læge ved behov, mens det for andre er svært.

Trivsel

Tretten af de femten interviewede har besvaret WHO-5 trivselsmålingen (39).

Gennemsnittet for befolkningen som helhed er 68 pointtal for WHO-5 trivselsskalaen, og reglen er, at man skal score over 50 for at være i god trivsel (se også side 25).

Ved pointtal mellem 0-35 kan der være stor risiko for mistrivsel, mellem 36 og 50 kan der være risiko for mistrivsel, mens der over 50 ikke er umiddelbar risiko for mistrivsel. 16-20-årige scorer typisk lidt lavere end 20-80-årige, og kvinder scorer typisk lidt lavere end mænd (hhv. 67 og 69 pointtal i gennemsnit).

I gennemsnit ligger borgerne i nærværende undersøgelse fra Gentofte Kommune på 60 pointtal, hvilket indikerer, at der ikke umiddelbart er risiko for mistrivsel. Kvinderne ligger i gennemsnit tydeligt lavere end mændene (hhv. 44 og 67 pointtal). To personer ligger i kategorien 'stor risiko for mistrivsel', og for en enkelt kan der være risiko for mistrivsel. De resterende ti ligger alle over 50 pointtal, og det vurderes derfor at de er i god trivsel, ifølge WHO-5 trivselsskalaen.



I gennemsnit ligger borgerne i nærværende undersøgelse fra Gentofte Kommune på 60 pointtal, hvilket indikerer, at der ikke umiddelbart er risiko for mistrivsel.



Familiemæssig baggrund

Den nærmeste familie har stadig stor betydning for alle aldersgrupper, når det drejer sig om identitet (43). På samme måde er den nærmeste familie med til, at livskvaliteten øges og giver oplevelsen af at være lykkelig. Kontakt til familien er derfor meget vigtigt for de fleste mennesker – det gælder både daglig fysisk kontakt eller kontakt via telefon eller sociale medier over internettet. Tidligere boede de fleste familier meget tæt, hvilket kunne være med til at skabe sammenhold f.eks. i forhold til dagligdagen og 'hjælpe til i hverdagen' (13).

Barndommen

Vi tager alle en 'bagage' med fra vores barndom, idet forældres oftest kulturelt forankrede normer, værdier og adfærd påvirker deres børns normer, værdier og adfærd (social arv) (44). Der er markante forskelle på interviewpersonernes familiemæssige baggrund og opvækst. De fleste er født i Københavnsområdet, og en del er både født og opvokset i Gentofte, nogle få er født i udlandet. Langt de fleste har en eller to søskende, et par stykker omtaler halv søskende, en siger han er enebarn, og en har mistet en søster. Nogle er opvokset i skilsmissefamilier, typisk hos deres mor, en enkelt har aldrig mødt sin far. Flere er opvokset i familier, hvor enten mor, far eller begge er misbrugere, det kan både være alkohol og/eller stoffer. Mange af forældrene har uddannelse f.eks. som købmand, ingeniør, jurist, værtshusholder, kommunikationschef, snedker, revisor, radiograf, blomsterbinder eller hjemmehjælper.

Omkring 33% nævner, at enten mor eller far selv har en diagnose f.eks. mani-depressiv, autismespektrumforstyrrelse, ADD eller, at de er socialt svage og følelsesmæssigt afstumpet. Disse interviewede borgere har typisk ikke særligt gode minder fra barndommen. F.eks. har én oplevet overgreb, andre har været overladt til sig selv, grænser er blevet overskredet, massivt omsorgssvigt, barndommen har i det hele taget været kaotisk. Der nævnes kun få traditioner f.eks. i forbindelse med helligdage, hvor man typisk besøgte familien/bedsteforældre. Et par stykker omtaler, at de har været tætte på bedsteforældrene. Skoletiden har også været svær. De fleste blev mobbet og skiftede skole flere gange. Nogle oplevede at miste en nærtstående person, men fik ikke hjælp til at bearbejde sorgen.

Om barndommen:

'Jeg glædede mig til at blive voksen, men kan ikke huske hvorfor nu. Husker det lige nu, som at det har været en overlevelse, og har haft en oplevelse af altid at have antennerne ude og været på arbejde'

'Jeg har haft det hårdt i skolen, jeg er blevet mobbet, og jeg havde det svært med lærerne, som jeg følte ikke kunne lide mig, de forskelsbehandlede eleverne'



Den nærmeste familie har stadig stor betydning for alle aldersgrupper, når det drejer sig om identitet. På samme måde er den nærmeste familie med til, at livskvaliteten øges og giver oplevelsen af at være lykkelig.

Flertallet er opvokset i familier med både mor, far og søskende. Og begge forældre har typisk arbejdet, nogle meget, så børnene har været overladt en hel del til sig selv. For de der giver udtryk for deres forældres personlighedstræk, oplever flere, at det var mor, der var den kærlige, den man gik til, når der var noget. Far derimod var mere streng, en enkelt nævner, at hendes far havde svært ved hende pga. hendes adfærd. Et par stykker omtaler også, at de som børn var svære at styre, og at de havde vide grænser for, hvad de måtte. En enkelt har været forkælet og fået meget opmærksomhed. De fleste af disse interviewpersoner har mange gode minder fra barndommen f.eks. blev der malet æg til påske, der blev hentet juletræ, der har været rejser (ferier), besøg hos bedsteforældre, fiskeri, kirkegang, kunstudstillinger, koncerter og flere har oplevet faste traditioner byggende på kulturer fra både Danmark og udlandet. Flere nævner, at de havde tætte forbindelser til bedsteforældre eller anden familie, og at familien stadig er en stor støtte for dem. En del oplever, at de har haft en god barndom. Kun et par stykker har oplevet en god skoletid. Langt de fleste synes skoletiden var hård, der var meget mobning, og mange skoleskift, på trods af, at flere har været fagligt dygtige. Flere har været på efterskole, og de fleste har oplevet det som en god tid.

Om barndommen:

'Og jeg var altid med – det var altid meget energisk, vi spillede volleyball, og alle skulle være med'

'Skoletiden har ikke altid været rar for mig. Så altså.... Det har ikke sådan været den lige vej, men jeg er da alligevel sådan kommet rimeligt langt'



Ungdoms- og voksenlivet

Alle de interviewede bor i egen bolig, og alle bor i lejlighed. De fleste er flyttet hjemmefra i 19-20-årsalderen. Flere har i en eller flere omgange boet på bosted. Mange er allerede flyttet flere gange, og har boet både to, tre og fire steder. Kun en enkelt bor p.t. sammen med en kæreste, et par stykker har tidligere boet med en ven/veninde, og et par stykker har været på højskole eller landbrugsskole, hvor der var en del social kontakt.

Flere giver udtryk for, at det er svært at bo alene, da de føler sig ensomme. Kun få har tætte relationer, nogle har sporadisk kontakt til bekendtskaber, men kun ganske få giver udtryk for, at de har tætte venner. Et par stykker har en fast kæreste, og flere har tidligere været i faste parforhold, for nogle endda flere faste forhold, men en del savner at være i en fast kæresterektion, de vil rigtig gerne have en kæreste. En enkelt nævner, at der er et godt fællesskab med et par naboer.

Om at være alene:

'Det var da rart på nogle punkter... men sådet blev også sådan meget stille derefter, gik lidt i stå. Men så prøver jeg, så har jeg prøvet at sætte i gang med noget skånejob og sådan noget her, så jeg ikke bare sidder herinde hele tiden '

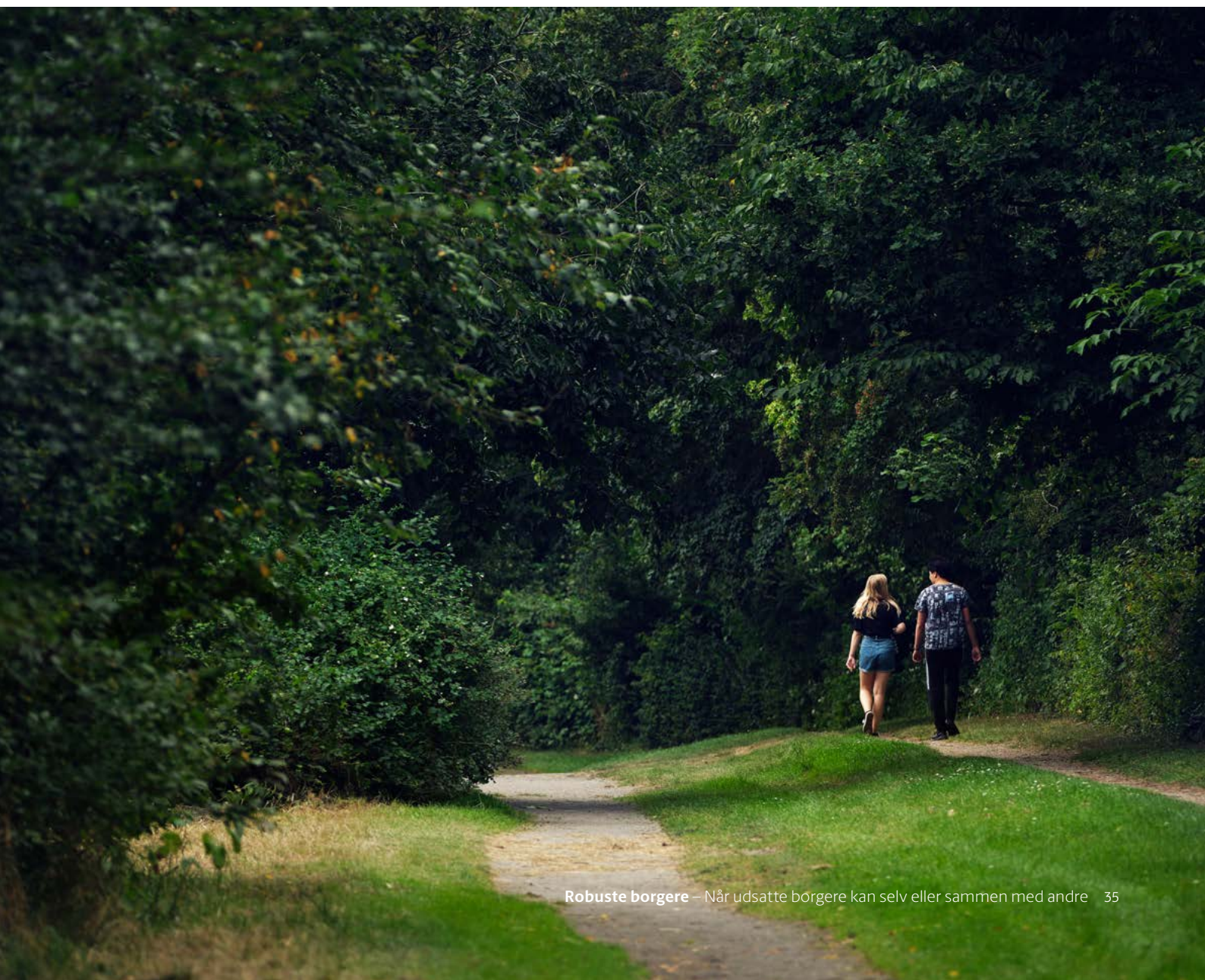
'Jeg synes, det er svært at få en kæreste, men jeg vil gerne have en. Jeg oplever, at der altid bliver spurgt om, hvad jeg laver, men jeg føler det er svært, at fortælle at jeg ikke laver noget'



Flere siger, at de har tætte relationer til forældre eller søskende, de ses jævnligt, og de får hjælp og støtte fra familien f.eks. til at overskue økonomien, hjælp til indkøb, skabe orden i kaos eller bare at være sammen og hygge. Flere har mistet mindst én forældre. Andre har kun meget lidt eller ingen kontakt til familien. Endelig er der nogle, der oplever, at familien ikke forstår dem og deres situation, og enkelte oplever, at de ikke kan leve op til familiens forventninger f.eks. i forhold til uddannelse eller at stifte familie. Nogle har en fast rolle i familien, f.eks. at de er familiens 'mægler', de glatter ud og fjerner negativ stemning, eller de hjælper altid, når der er brug for det f.eks. hvis nogle i familien skal flytte.

Om familien:

'Jeg søger hjælp hos familien, hvis jeg har det skidt, og hvis familien siger jeg skal, søger jeg hjælp hos lægen'



Sociale netværk

Sociale netværk har stor betydning for livskvaliteten hele livet igennem (12). Tilknytning til andre mennesker - *sociale relationer* - har også betydning for det fysiske helbred. Der er nemlig en sammenhæng mellem at leve et tilfredsstillende socialt liv og helbred, formentlig fordi både livsstil, psykisk velbefindende og fysiologi påvirkes af de sociale relationer. Personer med stærke sociale relationer bliver f.eks. ikke så let syge, og hvis de bliver syge, så kommer de sig hurtigere og har mindre risiko for at dø tidligt sammenlignet med personer med svage sociale relationer (45).

Personer med svage sociale relationer er defineret som personer, der sjældent eller aldrig træffer familie, og personer der ikke regner med at få hjælp af andre i tilfælde af sygdom. Typiske sociale udfordringer er tab af ægtefælle, venner, søskende og andre familiemedlemmer. For udsatte borgere gælder, at væsentlig flere oplever ensomhed (26 %), defineret ved ofte at føle sig uønsket alene, sammenlignet med den generelle befolkning (8 %) (19). Omvendt er andelen, der dagligt eller næsten dagligt har kontakt til venner og bekendte, større blandt socialt udsatte mennesker (53 %) end i den generelle befolkning (26 %) (19). Stort set alle de interviewede bor alene, og kun en enkelt har børn. Omkring halvdelen ser jævnligt deres familie, det er især forældrene, men også søskende, mostre, fastre, onkler, kusiner og fætre nævnes. De fleste ses mindst en gang hver uge, andre ses hver anden uge. Samværet er primært hygge. Nogle har kun mindre eller begrænset kontakt med familien, ganske få har slet ikke kontakt, et par stykker omtaler ikke familien. Et par stykker siger, de har et svært eller anstrengt forhold til familien.

Om socialt samvær og familien:

'Jeg ser meget mine forældre og min kæreste. Det kan gå op og ned. Når jeg er deprimeret, isolerer jeg mig, og ser kun familien et par gange om måneden'

'Jeg ser ikke så meget vennerne længere, det er mest min familie'

Mindre end 33% nævner, at de har en kæreste eller er i et fast forhold. Umiddelbart er der kun en enkelt, der giver udtryk for, at de er i et længerevarende forhold. I forhold til venskaber, er der flere der siger, at de ingen venner har. En enkelt nævner, at han føler sig svigtet af sine venner, han har endda selv forsøgt at reetablere kontakt til dem. For de der har venner, er det kun et par stykker, hvor venskabet går helt tilbage til barndommen eller folkeskolen. Typiske aktiviteter sammen med vennerne er at gå i byen sammen, dyrke idræt sammen, se TV sammen eller spille computer.



Sociale netværk har stor betydning for livskvaliteten hele livet igennem. Tilknytning til andre mennesker – sociale relationer – har også betydning for det fysiske helbred.

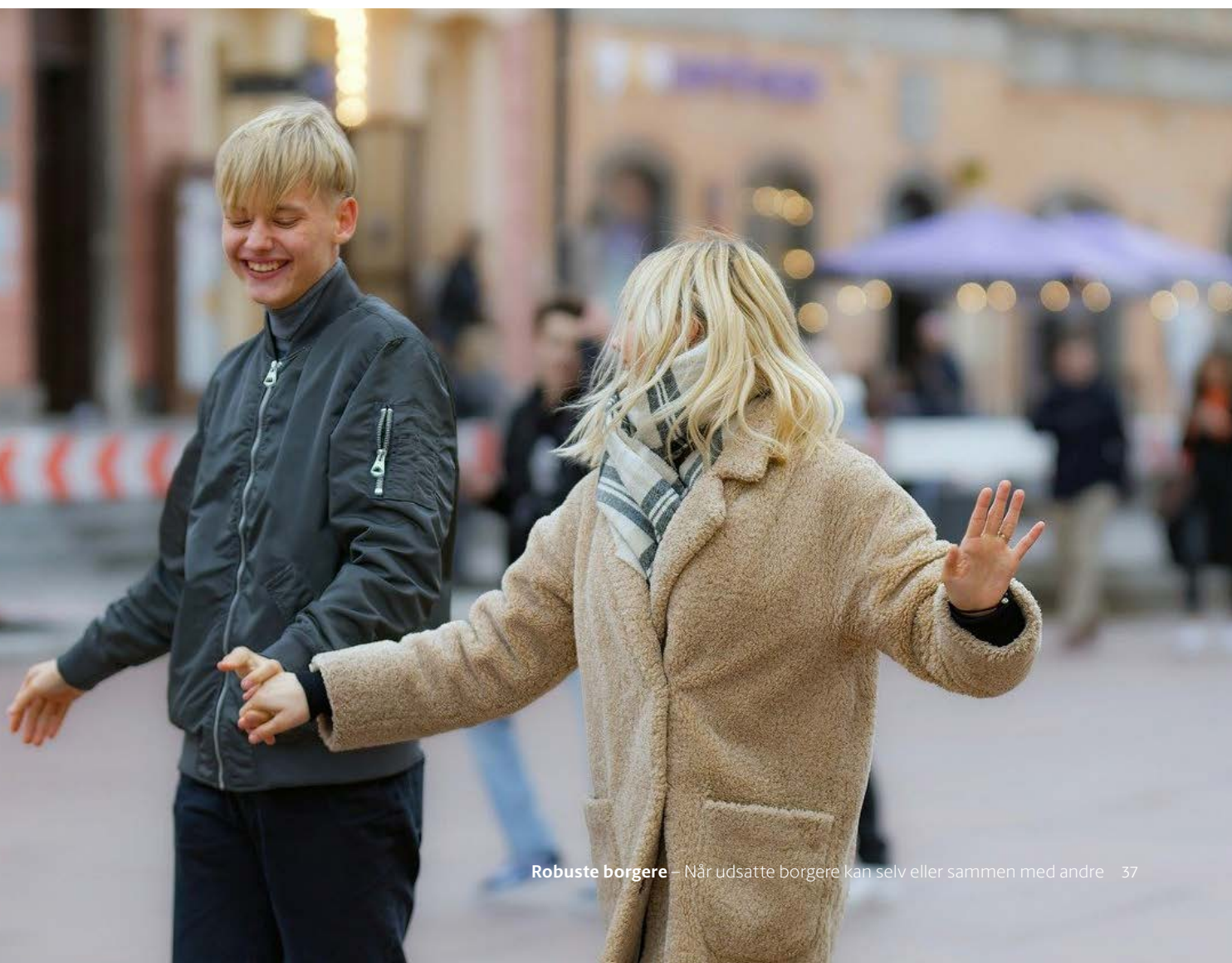
Om venner:

'Det er en, jeg har kendt hele mit liv, vi er ikke veninder, hun er sådan i periferien, hun betyder noget særligt for mig, selv om vi ikke taler sammen til hverdag... vi følger lidt med i hinandens whereabouts'

'Jeg har ikke set mine venner i et år'

'Jeg ville ikke have klaret mig uden venners og bekendtes hjælp'

Flere omtaler, at de deltager i gode netværk eller fællesskaber, det er f.eks. ungenetværket, café Stolpen, ugentligt fællesspisning, klubber, samvær i Center for Trivsel og Netværk eller i GIF. Flere har også god relation til en nabo eller (tidligere) kollega. Nogle nævner, at de har dannet relationer via psykiatrien, Center for Trivsel og Netværk, nogle bruger også kirken, som et sted de jævnligt besøger. Flere nævner fora/spil på nettet, som en del af fællesskabet. Selv om flere trives i fællesskabet, er der også mange, der giver udtryk for, at det kan være hårdt at være sammen med andre, fordi samvær med for mange mennesker kan være trættende. Flere nævner, at de har brug for at være alene, at kunne trække sig fra fællesskabet – også selvom det kan være trist at være alene, og at man føler sig ensom.



Om venner:

'Det er også en ressource, men jeg kan godt lide at netværke, men det er jo en måde at holde folk på afstand, for så skal jeg aldrig i dybden'

'Ved godt at jeg har et behov for at være social, men jeg er god til at isolere mig, for det er dejligt nemt øh....jeg synes, det er hårdt at være sammen med andre mennesker'

'Det har fungeret fint for mig at være alene, men jeg er begyndt at føle, at jeg måske kan nyde at være sammen med andre mennesker, så det er noget, jeg prøver at udvikle'

'Min familie, mine venner, ungehuset vil alle hjælpe mig, hvis jeg er ved at gøre noget dumt'



Flere omtaler, at de deltager i gode netværk eller fællesskaber, det er f.eks. ungenetværket, café Stolpen, ugentligt fællesspisning, klubber, samvær i Center for Trivsel og Netværk eller i GIF.

Sorger og glæder

De interviewede er blevet bedt om at fortælle om deres store stunder - glæder som sorger, og om hvordan de har tacklet dem. Det er svært for mange at tale om de store glæder og stunder, kun nogle få omtaler samvær med familie, andre fortæller om en god veninde eller en ny ven, kun en enkelt siger, at han har mange gode venner. Et par stykker nævner rejser f.eks. sommerferie sydpå. Andre nævner litteraturinteresser, kæledyr, at spille e-sport, byture eller sport. Flere taler om, at det har været en lettelse at få en diagnose, at der er plads til følelser, føler ikke skyld, slip af ansvar, glæde ved at dele glæde eller gode mestringsstrategier.

Om glæder:

'Det er jo faktisk ... der er to. Den ene er min MR-scanning, hvor jeg fandt ud af, hvad det var. Det har gjort livet så meget nemmere'

'Det var en stor glæde at være med til min vens polterabend, jeg er meget glad og stolt over at være inviteret med, og lære hans venner at kende'

Den største sorg er at miste, det er især tab af bedsteforældre, som for flere stadig fylder. Nogle nævner dog også tabet af forældre, søskende, onkler, tanter eller nær ven/veninde. En enkelt har været udsat for mange tab igennem livet. Kun en enkelt har talt med familien om sorgen. Flere siger, at de ikke har bearbejdet sorgen, de ikke er gode til at tackle sorg, og de står oftest alene med det. Et par stykker omtaler tab af kæledyr som en sorg. Nogle nævner kærestesorg, eller at de savner en kæreste. En nævner 'Følelse af utilstrækkelighed', en anden 'Følelse af ikke at blive til noget', omsorgssvigt i barndommen, manglende kontakt til forældre, overgreb eller at blive uretfærdig behandlet i forskellige sammenhænge.

Om sorger:

'Men jeg tror, jeg har haft mange op- og nedture. Og så har jeg nogle traumer fra barndommen'

'Jeg har sorg over ikke at blive til noget'

'Jeg er kæresteløs, boligløs og arbejdsløs'

'Sidst var da min morfar døde, der var jeg virkelig nede. Jeg fik en depression lige bagefter. Jeg har aldrig rigtig fået det bearbejdet'

Beskæftigelse

I Danmark har det at have et arbejde stor betydning for menneskers identitet og sociale status i samfundet. Arbejde giver mening og formål med livet, der er brug for én, og det afspejler sig i opnået social status, uddannelse og erhvervsgruppering (46). Et arbejde giver også et selverhvervet økonomisk råderum. Mange socialt udsatte mennesker står uden for arbejdsmarkedet, fordi de fx på grund af psykiske lidelser, afhængighed af rusmidler, sygdom eller andre sociale problemer ikke kan indgå i et arbejde på normale vilkår (47).

Flere af de interviewede har en lang videregående uddannelse, nogle har en mellemlang uddannelse. Et par stykker har aldrig haft et ordinært job, en del har eller har haft almindelige fuldtidsjob, og nogle er ansat i flexjob. Typiske job er pædagog/pædagogmedhjælper, butiksarbejde f.eks. i Netto, Fætter BR, Fakta, Jysk, medhjælper i plejehjemskøkken, bibliotekar eller på café. Nogle har haft mange forskellige jobs, de har altid arbejdet, men de har også oplevet fyringer. Et par stykker har været i praktikforløb, nogle enten er - eller er på vej til at blive - førtidspensionist, en enkelt har været tilknyttet beskyttet beskæftigelse, mens en anden er tilknyttet jobcenteret. Flere nævner, at de er meget glade for deres arbejde, f.eks. holder de meget af de faglige snakke, og det giver identitet at have et arbejde. Flere nævner også gode kolleger, det sociale fællesskab og rummeligheden på arbejdspladsen.



Om arbejde:

'Jeg måtte erkende, jeg kan simpelthen ikke varetage det her arbejde. Min store frygt er at havne i systemet ... for good. Vende mine erfaringer til noget positivt for andre. Det vil jeg sindssygt gerne'

'Det er et totalt fedt sted, og jeg er naturligvis også glad for at være der... vi spiser morgenmad sammen ... jeg er der en time før, jeg skal møde pga. god stil'

'Jeg er blevet tilbudt at være med på kollegaaften i mit Flexjob, og jeg har en støtte på mit arbejde, en jeg skal ringe til, hvis jeg er syg, eller der er noget. Hun sagde prøv og hør, nu kommer der det her, du er virkelig velkommen, og så kom der en af de ansatte, og sagde at det jo altid er godt at tage med. Og nu har jeg været med to gange. De var så søde, det er så godt med kollegaskab'

'Sidst var da min morfar døde, der var jeg virkelig nede. Jeg fik en depression lige bagefter. Jeg har aldrig rigtig fået det bearbejdet, da jeg sluttede mit forløb lige bagefter. Men jeg gik til en psykoterapeut her på CFTN, som hjalp rigtig meget. Det var rigtig godt, men han var der kun i et halvt år'



Flere nævner, at de er meget glade for deres arbejde, f.eks. holder de meget af de faglige snakke, og det giver identitet at have et arbejde. Flere nævner også gode kolleger, det sociale fællesskab og rummeligheden på arbejdspladsen .



Foretrukne interesser og aktiviteter

Mange af de interesser man har, grundlægges som regel tidligt i livet. Når man går på arbejde, fungerer fritiden, som den tid der skal være til at 'lade op', og regenerere fysisk og mental styrke, der er blevet brugt i det daglige arbejde. Hvilken funktion har fritiden så i den arbejdsfrie fase af livet? Fritidsaktiviteter kan være med til at skabe struktur i hverdagen eller ugen. Og det at have 'sunde' interesser og noget at gå op i, noget man brænder for, er med til at give indhold i livet jævnfør oplevelsesdimensionen i mental sundhed. Mange har motion som interesse, det være sig en daglig gåtur eller regelmæssig deltagelse i idræt. Udsatte borgere bevæger sig mindre end ikke udsatte borgere, og de dyrker i mindre grad regelmæssig idræt (48).

Langt de fleste har en interesse og flertallet har mere end én interesse. Mange nævner motion og sport. Nogle træner regelmæssigt f.eks. i GIF, typiske aktiviteter er badminton, styrketræning, løbeklub, svømning eller yoga, nogle dyrker mere end én form for motion. De fleste siger, at de dyrker motion regelmæssigt, og nogle dyrker motion sammen med andre. Flere integrerer også motion i deres dagligdag f.eks. i form af gåture. Kun et par stykker siger, at de aldrig har dyrket motion, og et par stykker siger, at de meget gerne vil i gang med at motionere.



Langt de fleste har en interesse og flertallet har mere end én interesse. Mange nævner motion, kreative interesser f.eks. tegne, male, musik eller computer og brætspil.



Om motion:

'Jeg kan godt lide at lave noget motion. Det er jo også en måde at være sammen med andre på'

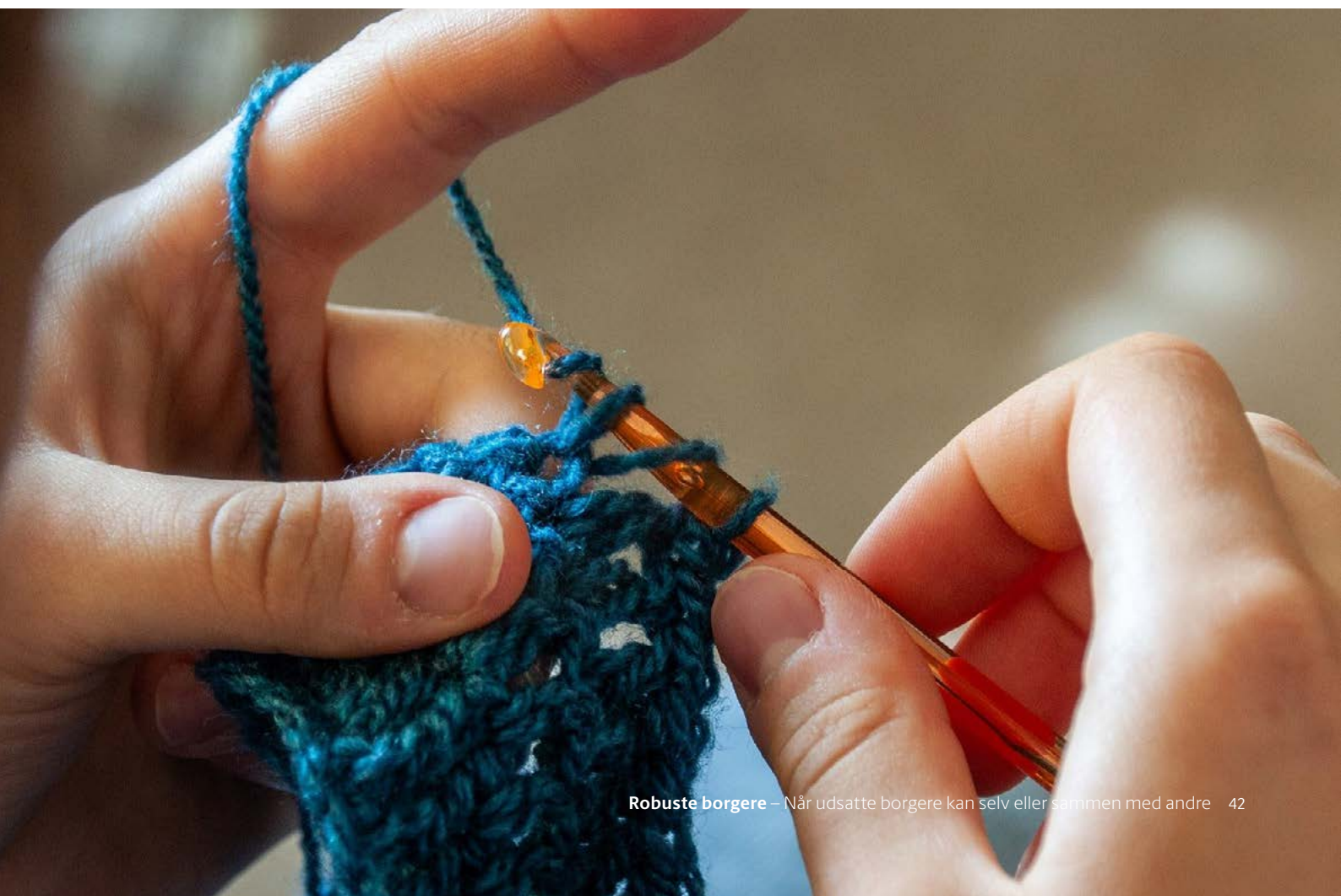
'Jeg vil gerne være sund, ligne en der kunne finde på at løbe rundt og have en helt almindelig sund glød'

Mange nævner kreative interesser, det er f.eks. at tegne, fotografere, lave smykker, keramik, billedkunst, slægtsforskning, male, digte, håndarbejde, synge, komponere musik eller skrive f.eks. dagbog, noveller, digte eller artikler. Nogle nævner, at de kan lide at udtrykke sig kreativt.

Om kreative interesser:

'Jeg har tegnet en smule, og så tænker jeg lidt på måske at starte noget kursus med det eller noget musik et eller andet'

En del har som interesse at spille computer og brætspil, en enkelt nævner, at han er med i flere klubber, og en enkelt omtaler sig selv som computernørd. Et par stykker ser film og serier eller sport på TV. Nogle nævner fællesskab i klubber eller spisetilbud. Og andre nævner, at de i perioder er inaktive på grund af deres udfordringer.



Om spil:

'Jeg sidder og spiller mobilspil, og det gør jeg flere gange i løbet af dagen'

Struktur i hverdagslivet

Hverdagslivet er det liv, vi lever dag ud og dag ind – og det er knyttet sammen af det, vi kender. Kendte mennesker, kendte omgivelser, vante gøremål og rutiner (49). Hverdagens struktur og rytme er med til at skabe tilfredshed i dagligdagen (13). Mange af de aktiviteter, der sker i et rutinepræget moderne hverdagsliv tages for givet (50). Udsatte borgere har ofte brug for hjælp til at stabilisere og strukturere hverdagslivet, og det er vigtigt fordi struktur i form af faste rutiner og rytmer i hverdagslivet for mange giver en tryghed. Og lidt mere præcist: Mønstre i hverdagslivet skaber en form for forudsigelighed som man kan indrette livet efter og læne sig op ad.

Mange siger, at de har en fast rytme i hverdagen, de står op på nogenlunde samme tidspunkt hver dag, uanset om det er hverdag eller søndag. De fleste starter dagen med morgen toilette, så morgenmad og derefter dagens faste rutiner, som for nogen er arbejde, for andre kan det være fritidsaktivitet eller hjemlige sysler, og nogle når både arbejde og fritidsaktiviteter. Et par stykker nævner de faste møder med støttekontaktperson eller faste besøg i en eller flere af kommunens tilbud. En siger, at det er svært at gå i seng og stå op på faste tider, og et par stykker har ingen faste rytmer eller vaner i dagligdagen. For de fleste er der ikke forskel på hverdag eller weekend. Et par stykker nævner, at det giver ro og energi at have faste rutiner.

I forhold til barndommen havde mange faste rytmer. Det er især skolen som nævnes i forhold til at komme op og afsted hver morgen. Nogle fortæller, at de legede med eller var sammen med kammerater efter skoletid, f.eks. spillede de computer eller andre spil, andre gik til idræt eller andre fritidsaktiviteter. Nogle var regelmæssigt i kirke om søndagen sammen med familien, en nævner, at faren hentede morgenbrød i weekenden, en anden har været på ture med mor eller besøgt bedsteforældre. Ellers nævnes det ikke, at der var stor forskel på hverdag og weekend. Et par stykker har haft mindre pligter som f.eks. opvask, gå ud med skraldespanden eller at gå med hunden.

Om struktur og faste rytme :

'En fast hverdag, med job giver en fast ramme, hvilket er rart, det giver mere energi'

'Jeg havde ikke faste pligter, men deltog i familiens fællesskab f.eks. oprydning'

'Jeg er ikke længere tilknyttet nogen organisation eller noget formål. Det er faktisk virkeligt svært for mig. Der er for meget selvstændighed i mit liv i forvejen, når jeg ikke har forældre, og jeg ikke har noget ... jeg mangler er eller andet ... jeg mangler en tilknytning til noget'



Mange siger, at de har en fast rytme i hverdagen, de står op på nogenlunde samme tidspunkt hver dag, uanset om det er hverdag eller søndag.

Værdier

De holdninger og vurderinger man har, og den måde man lever på i hverdagen, er værdier, der er knyttet til ens livsform. Livsformer kan være med til at forklare og forstå, hvorfor mennesker tænker og handler, som de gør (51).

De fleste oplever, at de klarer sig selv. Nogle nævner, at de klarer sig godt, fordi de ikke giver op, har gå-på-mod, kæmper, er viljestærke, har selvindsigt eller formår at trække på sine ressourcer. Kun en enkelt synes ikke, at han klarer det godt.

Om at klare sig godt:

'Fordi jeg ikke giver op. En tidligere kollega sagde, du er som en fugl Phoenix, du står i flammer, og det hele er noget lort, og det hele går galt, og så kommer du lige op af asken, og så gør du det her igen'

'Jeg tror, jeg klarer mig så godt, pga. mit gå-på-mod. Jeg bliver bare ved og ved, og har fået støtte af min familie og venner'

Mange nævner, at de får hjælp til at klare sig. Det er typisk familien, der spiller en rolle, og ofte mor. Hjælpen omfatter f.eks. indkøb, rengøring eller at holde styr på økonomien. Flere nævner også, at vennerne hjælper, og nogle nævner også, at de selv meget gerne hjælper andre, det kan være både familie eller venner. Mange nævner, at de får eller har fået hjælp fra f.eks. støttekontaktperson, bostøtte, psykiatrien, sundhedsmentor eller jobcenteret. Nogle nævner, at de får hjælp til at strukturere og styre dagligdagen eller ugen bedre, andre nævner sundhedsområdet. En siger, at han klarer sig godt, fordi han får den rigtige hjælp, en anden siger, at al succes skyldes terapi.

Om hjælp:

'Når jeg virkelig har brug for hjælp, er det min sundhedsmentor eller bostøtte, som hjælper mig'

Nogle giver udtryk for, at de ved, hvor de får energi fra, og hvordan de lader op. Det er f.eks., når de er sammen med andre, er i et fællesskab, at de hjælper andre og er noget for andre. Flere nævner også gåture og motion som energikilde, og noget der giver godt humør.



De fleste oplever, at de klarer sig selv. Nogle nævner, at de klarer sig godt, fordi de ikke giver op, har gå-på-mod, kæmper, er viljestærke, har selvindsigt eller formår at trække på sine ressourcer.

Om energi:

'Alle de ting der var før, det begynder at blive mere muligt. Og det er interessant, det begynder at give mig lidt mere energi. Det er også begyndt at gøre mig ivrig'

Til spørgsmålet om, hvad borgeren oplever som en særlig værdi, er der mange forskellige svar. Mange svarer, at fællesskab er vigtigt for dem, og både familie og venner nævnes i den forbindelse, men også at have en kæreste, at være i et parforhold eller fællesskab på job. Flere siger, at med fællesskab og tætte relationer følger tryghed. At udvikle venskaber og have mere kontakt og samtale med andre kan være med til at give ro, sikkerhed og nærvær. Andre nævner et godt helbred som en værdi, og at passe godt på sig selv og undgå sygdom, især kronisk stress. Nogle nævner gåture, kæledyr, sport eller naturen som værdifuldt for dem, en enkelt siger, at arbejde er det mest værdifulde.



Flere siger, at med fællesskab og tætte relationer følger tryghed. At udvikle venskaber og have mere kontakt og samtale med andre kan være med til at give ro, sikkerhed og nærvær.



Om værdier:

'Det er selve grundstenen under det hele. Det at have noget at stå op til. At jeg har en løn, som er til at leve af, og det er jo så der, flexjobbet er. Arbejdet er fundamentet under det hele'



Langt de fleste svarer, at Gentofte Kommune gør det godt, og at de er meget tilfredse og glade for den samlede støtte de får.

Afrundingsspørgsmål

Som en afrunding på interviewet blev de interviewede bl.a. spurgt om, hvad de mener Gentofte Kommune kan gøre, for at de bliver bedre hjulpet? Langt de fleste svarer, at Gentofte Kommune gør det godt, og at de er meget tilfredse og glade for den samlede støtte de får f.eks. nævnes opfølgning, de enkelte støttepersoner/rådgivere, hjælp til at finde beskæftigelse, fællesskaber på væresteder og netværk. Af mindre positive udsagn nævnes f.eks. ærgerlig over at blive puttet i kasser, at få information og tilbud om relevante netværk hurtigst muligt og ønsket om udvidede åbningstider om aftenen og i weekender.



DU
GØR EN
FORSKEL

Opsamling

Hverdagsliv og robusthed

Alle er på jagt efter det gode hverdagsliv – det aktive og selvstændige hverdagsliv. Der er ikke et entydigt svar på, hvordan man opnår det gode aktive liv, for vi er alle forskellige, sætter pris på noget forskelligt i forskellige sammenhænge, og vi tackler de gode som de svære situationer forskelligt. Og der er forskelle på levevilkår, muligheder og barrierer, også selvom man tilhører den samme institutionelle kategori, som af professionelle inden for de sundhedsmæssige og sociale områder kaldes 'borgere i udsatte positioner'. Uanset denne forskellighed har vi alle brug for at opleve *meningsfuldhed*, som især handler om at være involveret i de processer, der former vores skæbne og erfaringer både i forhold til daglige gøremål, sociale netværk, familien osv. Meningsfuldhed skabes bl.a. ved, at man *forstår sig selv*, i forhold til den verden man lever i f.eks. ens rolle i familien, ens arbejdsliv eller ens hjælpsomhed i forhold til omverdenen. Forskning inden for salutogenese viser, at en af de kraftfulde meningsskabende processer er, når man har en tillidsfuld relation til et andet menneske, hvormed man kan tale om 'alt' åbent og fordomsfrit. '*Delagtighed giver meningsfuldhed*' er en af salutogenesens hovedpointer. Med andre ord handler det om, at man har mulighed for at tale om sine oplevelser, sig selv og livet på plads gennem den tillidsfulde og ærlige samtale.

Med selvforståelse og meningsfuldhed er det lettere at overkomme eller *klare sig* i forhold til livets udfordringer. Det kan f.eks. være de svære stunder, måske beder man om hjælp, eller man hjælper andre. Når disse faktorer er i balance, opstår følelsen af *sammenhæng i livet*, som er grundstenen for mental sundhed, robusthed og mestring (52). Oplevelsen af mening og sammenhæng i tilværelsen er således særdeles vigtige beskyttende faktorer for den mentale sundhed, og de mentalt sunde har generelt større robusthed og kan tilpasse sig ændringer og nye livsvilkår (53).

De ni robusthedsfaktorer, som er udviklet til at belyse robusthed, har alle sammenhæng med 1) meningsfuldhed, 2) at forstå sig selv og 3) at klare sig, som tilsammen fører til følelse af sammenhæng i tilværelsen – og dermed robusthed til mange års uafhængighed (fig. 7).

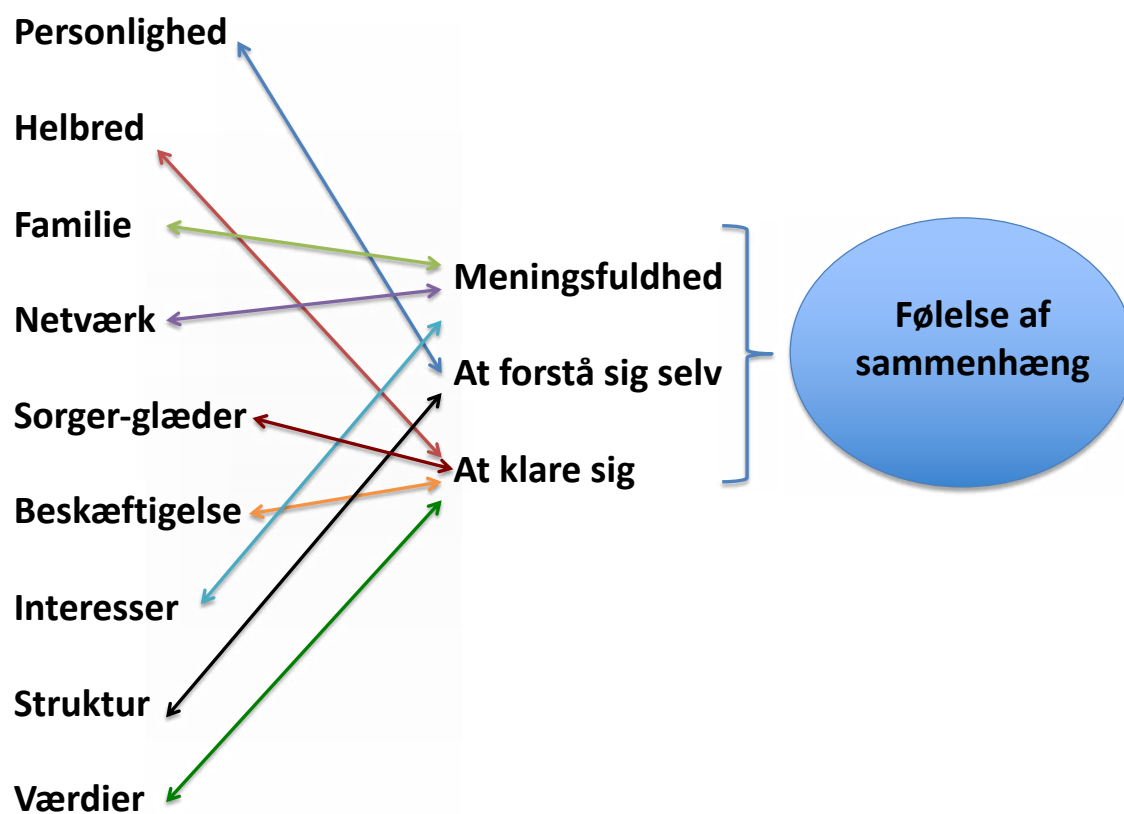


Meningsfuldhed (delagtighed/deltagelse) dækker over, om det enkelte individ oplever sig som værende involveret, og tager del i de processer, der former ens skæbne såvel som ens daglige erfaringer. Som pilene i fig. 7 illustrerer, er der sammenhæng mellem meningsfuldhed og ens familie, ens netværk og ens interesser. De tre faktorer afspejler hver især områder, der har eller har haft betydning i ens liv, og som det er værd at engagere sig i - altså som „giver mening“.

'At forstå sig selv' (begribelighed, forudsigelighed) dækker over, i hvilket omfang man opfatter de stimuli man konfronteres med, som forståelige, ordnet, sammenhængende, struktureret og tydelig i stedet for støj, kaotisk, uordnet, tilfældig eller uforklarlig. Som pilene i fig. 7 illustrerer, er ens personlighed afgørende for, hvordan de stimuli man møder er forudsigelige, eller om de kommer som en overraskelse, og kan passe ind i en sammenhæng og forklares. Og struktur i hverdagen kan være med til at give forudsigelighed.

'At klare sig' (håndterbarhed, belastningsbalance) henviser til i hvilken udstrækning, man opfatter, at de ressourcer man har, er tilstrækkelige til at klare de krav, man bliver stillet over for og de stimuli, man bombarderes med. Som pilene i fig. 7 illustrerer, er der sammenhæng mellem 'at klare sig' og helbred, har man ressourcerne til at klare et dårligt helbred? Hvis ikke, er det vanskeligere at komme over eller igennem sygdom. Det samme gælder for beskæftigelse, har man ressourcerne til at have fuld beskæftigelse, eller at arbejde på flextid? Hvis ikke kan det være svært at fastholde et job og skabe de relationer osv., som et arbejde kan give. I forhold til sorger og glæder, er det vigtigt at have ressourcer til at bevare god kontakt til familie eller gode venner, så man har nogle at søge hjælp hos samt at dele sorgerne og glæderne med. For mange er det en værdi at klare sig selv, eller at have en tæt relation, man kan stole på og har tillid til. Hvis man har en stærk oplevelse af håndterbarhed, føler man i mindre grad, at livet har behandlet en uretfærdigt. Uheldige ting forekommer i ens tilværelse, men når de sker, er man i stand til at håndtere dem.

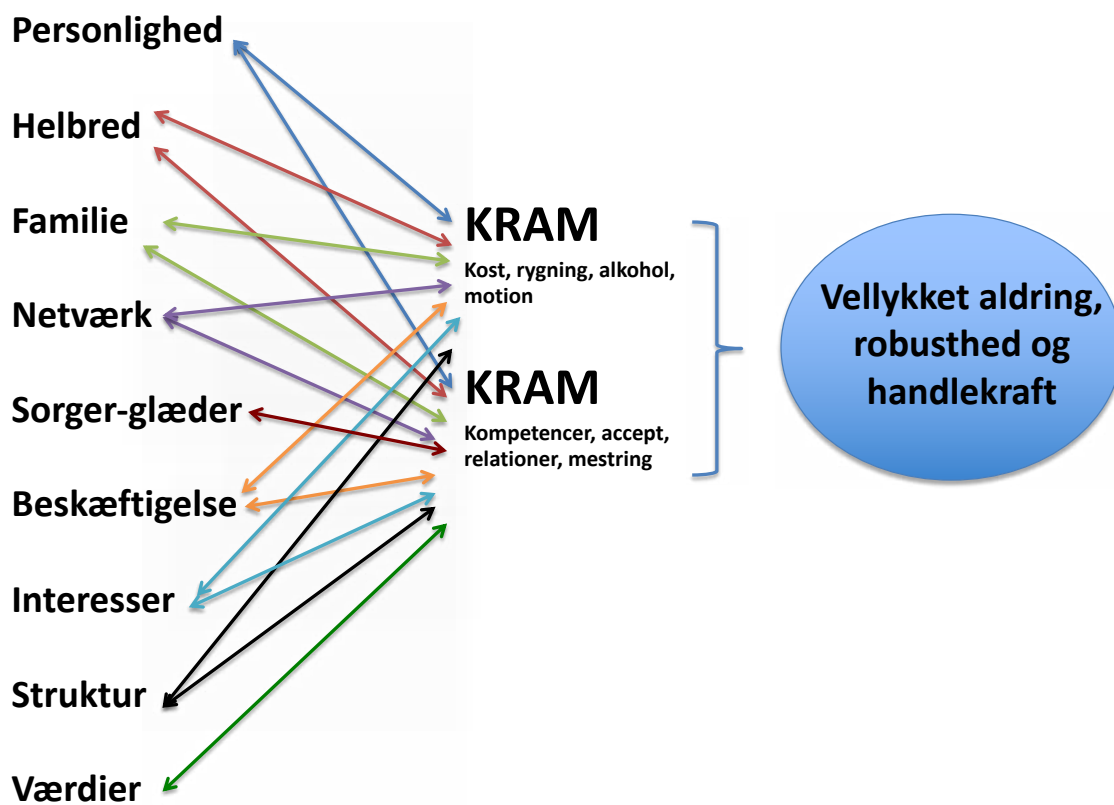




Figur 7. Sammenhæng mellem de ni robusthedsfaktorer og følelsen af sammenhæng i livet (7).

Det gode aktive og uafhængige hverdagsliv bygger på robusthed, men også et *godt helbred* og *god fysisk funktionsevne* er af stor betydning, og det er vigtige faktorer i forhold til frihed, autonomi og uafhængighed.

Der er ingen tvivl om, at der er masser af sammenhænge mellem en vellykket hverdag, KRAM – robusthed og handlekraft, helt sikkert også flere, end der er påpeget her (fig. 8).



Figur 8. Sammenhæng mellem de ni robusthedsfaktorer, Dobbelt KRAM og vellykket aldring, robusthed og handlekraft (7).

De to tidligere projekter i Ikast-Brande og Gentofte viste, at de ni faktorer synes at have stor betydning for robusthed og helbred i forhold til ældre, der klarer sig uden hjælp fra kommunen. I nærværende projekt, har interviewene ikke påvist yderligere faktorer, hvilket indikerer, at de samme ni faktorer også er relevante og dækkende i forhold til udsatte borgere.

Opsamling på interview

Personlighed

Overordnet oplever flertallet af interviewpersonerne sig selv som positive, udadvendte, åbne, imødekommende, stille og rolige og oftest i godt humør. Flere opfatter sig selv som viljestærke, beslutsomme og med masser af gå-på-mod. Mange nævner også, at deres temperament og følelser er en del af deres personlighed. I forhold til selvtillid placerer en del sig omkring midten af skalaen, og i forhold til selvværd ligger de fleste lige under midten af skalaen. Flere giver da også udtryk for, at de har lavt selvværd, føler skyld, usikkerhed og utilstrækkelighed.

Helbred

Flere end halvdelen oplever, at deres selvvurderede helbred er godt eller vældig godt, hvilket svarer til resultaterne i SUSY-UDSAT 2022. Nogle synes at helbredet er mindre godt, og andre synes, det er fremragende. En del nævner, at de har 'skavanker' som f.eks. maveproblemer, ondt i ryggen, astma, allergi eller tandproblemer. Over halvdelen oplever stress ofte eller meget ofte inden for den sidste måned, og flere nævner kronisk stress, hvilket svarer til resultaterne i SUSY-UDSAT 2022. En stor del oplever også depression, angst og lignende. Nogle er gode til at søge læge ved behov, mens det for andre er svært.

I forhold til KRAM faktorerne nævner mange, at de spiser usundt med for meget sødt og chips, på trods af, at flere nævner, de kender anbefalingerne og kostpyramiden. Et par stykker kan godt lide at lave mad, men de fleste synes, at der er svært selv at lave sunde måltider. Flere er overvægtige og forsøger at tabe vægt, nogle ved hjælp af medicin. Kun tre af de interviewede ryger dagligt en eller anden form for tobak, og kun et par stykker har tidligere røget. Langt de fleste drikker, men med måde og kun til festlige lejligheder. I forhold til motion siger de fleste, at de bevæger sig dagligt, nogle er meget aktive, de fleste er lidt aktive, kun nogle få dyrker regelmæssig motion. Mange går dog en daglig tur.

Trivsel

66% af borgerne i projektet vurderes til at være i god trivsel ifølge WHO-5 trivselsskalaen. Et par stykker ligger i kategorien 'stor risiko for mistrivsel'. WHO-5 trivselsskalaen repræsenterer et øjebliksbillede, som er løsrevet fra den sociale kontekst.



Flertallet af interviewpersonerne oplever sig selv som positive, udadvendte, åbne, imødekommende, stille og rolige og oftest i godt humør.

Familiemæssig baggrund

Barndommen:

Overordnet får man indtryk af, at flere af de interviewede har haft en udfordrende barndom. En del er vokset op i hjem, hvor en eller begge forældre har været misbrugere, har haft en psykisk lidelse eller andet. Nogle har oplevet omsorgssvigt, grænser der er blevet overskredet, eller de har været meget overladt til sig selv. En del er dog opvokset i traditionelle familier med mor, far og søskende, og nogle er opvokset i skilsmissehjem. Der er ikke mange, der husker minder eller traditioner fra barndommen, en del nævner dog besøg hos bedsteforældre, som i flere tilfælde også har været solide og trygge støtter. Nogle husker også positive episoder fra barndommen. Langt de fleste har oplevet meget mobning og skoleskift, for nogle endda flere gange.

Ungdoms- og voksenlivet:

Alle med undtagelse af en enkelt bor alene, og alle bor i lejlighed. Flere synes, det er svært at bo alene, mange føler sig ensomme, og de har kun få tætte venskaber. Flere siger, at de gerne vil være i faste kæresteforhold, men det er svært at finde en kæreste. Flere fortæller, at de har tætte relationer til deres familie, og de giver udtryk for, at deres familie især forældrene er en stor støtte i dagligdagen. Nogle har slet ikke kontakt med familien, og andre har kun sporadisk kontakt. Kun få nævner, at de har faste traditioner med deres familie.

Sociale netværk

Omkring halvdelen af de interviewede nævner familien som de sociale relationer, der er mest betydningsfulde. Få nævner en kæreste. Flere siger, at de ingen venner har, og for de der har venner, er det ganske få, der går helt tilbage til barndommen og skoletiden. Flere nævner, at de er med i gode netværk eller fællesskaber, hvoraf mange er i kommunalt regi. Også fora/spil på nettet nævnes som væsentlige fællesskaber. Flere giver dog også udtryk for, at det er hårdt at være sammen med andre mennesker, de har brug for at være alene, at kunne trække sig fra fællesskabet.

Sorger og glæder

For mange er det svært at fortælle om de store stunder. I forhold til glædesstunder nævner nogle samvær med familien eller venner, andre nævner interesser og hobbyer, og flere nævner, at det har været en lettelse at få en diagnose. I forhold til sorg er det at miste et familiemedlem eller en god ven/veninde, det der fylder allermost. Flere oplever, de har stået meget alene med sorgen, de har ikke talt med nogen om deres følelser. At miste et kæledyr har også for nogle været en sorg, og andre nævner kærestesorg. Flere nævner også utilstrækkelighed, omsorgssvigt, ikke at slå til, ikke at blive til noget eller uretfærdighed, som vanskelighed med følelser og en sorg, der fylder.

Beskæftigelse

Mere end halvdelen af de interviewede har en uddannelse. De fleste arbejder, nogle få arbejder fuld tid, en del er ansat i flexjob, er par stykker er førtidspensionister, og en enkelt er tilknyttet jobcenteret. Flere nævner, at de er glade for deres arbejde, for gode kollegaer, for det sociale fællesskab, og at der er rummelighed på arbejdspladsen.



Omkring halvdelen af de interviewede nævner familien som de sociale relationer, der er mest betydningsfulde. Få nævner en kæreste. Flere siger, at de ingen venner har, og for de der har venner, er det ganske få, der går helt tilbage til barndommen og skoletiden.

Foretrukne interesser og aktiviteter

Langt de fleste har en interesse, og mange har mere end én interesse. Langt de fleste siger, at de dyrker motion, nogle regelmæssigt f.eks. i GIF, andre går ture eller træner derhjemme. Mange nævner, at de har kreative interesser som f.eks. at male, tegne, fotografere, musik osv. En del spiller brætspil eller spiller på computer - nogle gange sammen med andre. En del nævner også fællesskaber i klubber eller spisetilbud.

Struktur i hverdagslivet

Mange har en fast rytme i hverdagen. Rutinerne skabes af almindelige dagligdags ting sammen med arbejde, interesser, faste møder med f.eks. støttekontaktperson eller jobcenteret. Nogle nævner, at de er glade for faste rytmer - det giver ro og energi. Der er ikke den store forskel på hverdag og weekend, fordi man holder fast i sine dagsrytmer. De fleste har også oplevet en fast rytme i hverdagen i deres barndom, det var især skolen, der skabte rytmen. Kun få har haft små pligter i barndommen.

Værdier

De fleste oplever, at de klarer sig godt, mange nævner, at de har gå-på-mod og er viljestærke. Flere nævner også, at de kan få hjælp, hvis de har brug for det, især familien spiller en stor rolle, men også venner, støttekontaktperson og lignende. Flere siger, at de får energi ved at være sammen med andre, i fællesskaber, men også gåture og naturen nævnes som energikilder. Som en særlig værdi nævner mange igen fællesskab, venner eller kæreste. Nogle nævner også et godt helbred, naturen eller kæledyr.

Opsamling på tværs

Dette projekt beskriver 15 interviewede borgere, der hver især er unikke, med hver deres særlige baggrund og historie. Så når der beskrives mønstre i interviewene, vil det ikke nødvendigvis være alle borgere, der er en del af mønstret. Det er flertallet, der danner mønstrene.

Som tidligere skrevet, er oplevelsen af mening og sammenhæng i tilværelsen særdeles vigtige beskyttende faktorer for den mentale sundhed. Samtidig er mental sundhed tæt knyttet til robusthed. Der er tydelige sammenhænge mellem et godt robust hverdagsliv og helbred og fysisk funktionsevne. De ni robusthedsfaktorer og deres sammenhæng til salutogenese og Dobbelt KRAM-teorierne kan være med til at forstå udsatte borgeres komplekse situationer.

Ens *personlighed* hænger sammen med, hvordan man forstår sig selv. Den enkeltes subjektive fortolkninger og fortællinger er med til at danne mening og forme ens selvbillede, selvtillid og selvværd (41). Ens personlighed har betydning for, hvordan man mestrer livets udfordringer og knytter sig stærkt til de mentale KRAM-faktorer Kompetencer – Relationer – Accept – Mestring. Det kan f.eks. dreje sig om at stoppe med at ryge eller drikke alkohol – eller at motionere mere (jævnfør helbreds KRAM-faktorerne). Det kræver de rette kompetencer at gennemføre en forandring, og det kan være mindre svært, hvis nogle i ens familie eller vennekreds kan og vil støtte. De interviewede beskriver deres egen personlighed som positiv, åben, udadvendt, imødekommende og lignende, men de føler også lavt selvværd, føler skyld og usikkerhed. Så det er ikke fordi, de interviewede ikke har udfordringer, men fordi de selv gør en indsats for at være positive og opnå et godt liv, på trods af livet kan opleves som 'op ad bakke'.



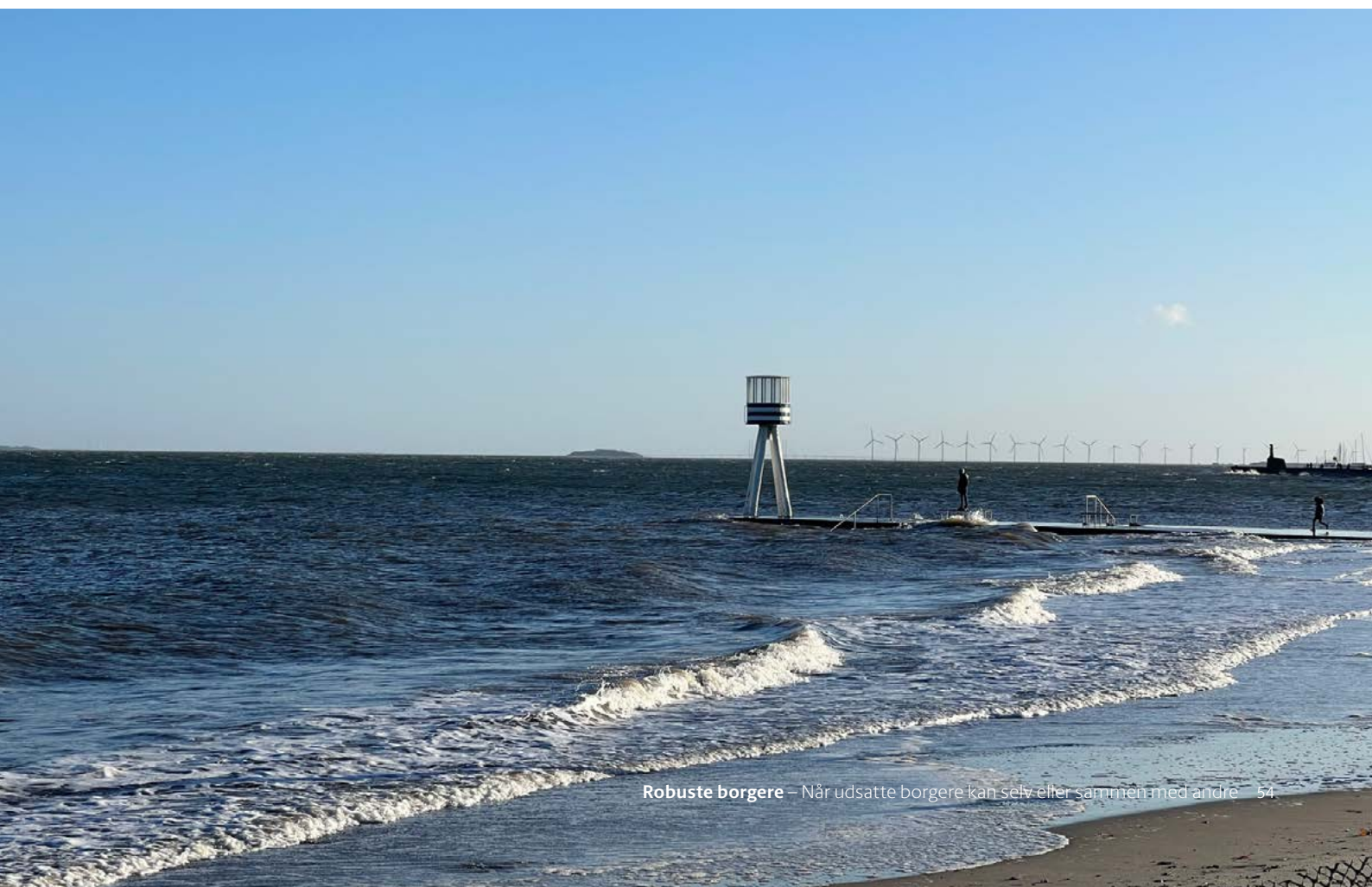
Mange har en fast rytme i hverdagen. Rutinerne skabes af almindelige dagligdags ting sammen med arbejde, interesser, faste møder med f.eks. støttekontaktperson eller jobcenteret.

En stor del af ens personlighed dannes i *barndommen*. Den viser sig i form af den bagage, vi har fra normer, værdier og adfærd, som vores forældre har givet videre (44). Det betyder også, at det har sat sine spor, for de interviewede borgere, der er opvokset i hjem med misbrug af den ene eller anden art. På trods af det, er der stort set ingen, der har et misbrug i deres voksne liv. Nogle er vokset op med forældre, der var meget fraværende, nogle har oplevet omsorgssvigt, flere har følt sig meget alene. Ensomhed og en følelse af 'alenehed' følger langt de fleste af de interviewede ind i voksenlivet. Selv de interviewede borgere der er opvokset i traditionelle familier, føler sig alene og ensomme som voksne. Trygge tætte familiebånd er med til at øge livskvaliteten og skabe meningsfuldhed. Det er måske derfor, at mange af de interviewede nævner, at det er en stor sorg at miste familiemedlemmer.

Familien er også væsentlig for ens identitet, og god kontakt til familien er med til at øge oplevelsen af at være lykkelig og trives (43). Flere af de interviewede har god og regelmæssig kontakt til deres familie. Generelt er udsatte borgere mere ensomme end resten af befolkningen (19). Det stemmer fuldstændig overens med de interviewede borgere i dette projekt, de føler sig ensomme og alene - og de efterlyser igen og igen fællesskaber og netværk. Flere nævner, at fællesskab giver dem væsentlige glæder. De nævner ikke, at de har stor daglig kontakt med venner og bekendte. Det er i modsætning til tidligere undersøgelser, der viser, at socialt udsatte borgere i højere grad end resten af befolkningen har daglig kontakt til venner (19). *Trivsel og mistrivsel* udvikler sig i *sociale relationer* og fællesskaber (54), det er derfor positivt, at langt de fleste af de interviewede borgere scorer sig selv til at være i god trivsel. Sociale relationer spiller også en vigtig rolle for helbred (12). Og helbred er i høj grad afhængig af livsstil.



Trivsel og mistrivsel udvikler sig i sociale relationer og fællesskaber, det er derfor positivt, at langt de fleste af de interviewede borgere scorer sig selv til at være i god trivsel.



Mange synes selv, at de har et godt helbred, på trods af en del også nævner, at de har 'skavanker', det svarer til resultaterne i SUSY-UDSAT 2022. Nogle har svært ved at henvende sig til lægen, måske fordi socialt udsatte ofte oplever en række barrierer i mødet med sundhedsvæsenet, som også betyder, at de ikke får den rette behandling (55). Dette faktum er et ganske velkendt fænomen, som knytter sig til 'ulighed i sundhed'.

Flertallet oplever, at de har stress, for mange endda ofte og for nogle daglig, hvilket er markant flere end i den generelle befolkning (19). Risiko for livsstilssygdomme kan reduceres ved regelmæssig træning, og det kan endda også være en del af en behandling af livsstilssygdomme. Flere af de interviewede siger, at de har en eller flere livsstilssygdomme f.eks. døjer mange med overvægt. De fleste af de interviewede fortæller, at de motionerer. Nogle motionerer sammen med andre f.eks. i GIF, de fleste træner dog på egen hånd derhjemme eller går ture. Det er lettere at springe motionen over, hvis ikke man motionerer sammen med andre.

Motion og træning kan være med til at skabe *rytme i hverdagen*, og nogle nævner da også, at struktur og rytme giver ro. Andre aktiviteter kan selvfølgelig også skabe struktur i hverdagen om det er motion, maling, tegning, fotografering, klubber, spil eller håndarbejde er ikke væsentligt. Mange siger, at de dyrker og/eller udøver kreative *interesser*. Det væsentlige er at have faste rammer og rytmer, hvor man regelmæssigt på bestemte dage og tidspunkter gennemfører en aktivitet helst sammen med andre i et fællesskab.



Interesser som f.eks. motion eller kreative aktiviteter kan være med til at skabe rytme i hverdagen, og nogle nævner, at struktur og rytme giver ro.



For en del er deres *arbejde* med til at skabe en fast rytme, det giver meningsfuldhed, og arbejde har stor betydning for ens identitet og sociale status (46). Nogle af de interviewede arbejder på fuld tid, de fleste er ansat i flexjob, og nogle er ikke på arbejdsmarkedet. Flere har et ønske om at arbejde, og kan arbejde, men kan af forskellige årsager ikke passe et arbejde – og slet ikke på fuld tid. De har brug for et rummeligt arbejdsmarked, så de kan opleve glæden ved at tjene egne penge og være en del af et arbejdsfællesskab. For udsatte borgere kan det være svært at indgå på arbejdsmarkedet på normale vilkår (47), da det kræver fleksibilitet og rummelighed. Men det at have noget at stå op til og klare sig selv giver livskvalitet.

For mange er det da også en *værdi* at kunne klare sig selv og at kunne klare sig godt. Derfor er det positivt, at mange siger, at de har gå-på-mod, de er viljestærke og de kæmper. Flere nævner også, at de godt kan bede om hjælp, det er især familien der hjælper, men også venner nævnes. Mange nævner, at de får god hjælp fra Gentofte Kommune f.eks. støttekontaktperson, hjemmevejleder eller jobcenteret. Langt de fleste er meget glade og tilfredse for hjælpen, her nævnes f.eks. at samarbejdet med alle hjælpere er win-win, eller hjælpen til beskæftigelse har været god. Kun ganske få har forslag om ændringer f.eks. mere udvidet åbningstider og tidligere information om kommunens tilbud.

Ovenstående viser, hvordan de ni beskyttende robusthedsfaktorer hænger sammen i et edderkoppespind. Ændrer man på én af faktorerne, påvirkes en eller flere af de andre faktorer. Det betyder også, at hvis man rammer en faktor, hvor borgeren er forandringsparat, kan selv små ændringer føre til store ændringer, der kan påvirke dagliglivet i en positiv retning. Dét fænomen kaldes *emergens* (se Faktaboks).



For mange er det en værdi at kunne klare sig selv og at kunne klare sig godt. Derfor er det positivt, at mange siger, at de har gå-på-mod, de er viljestærke og de kæmper.

Faktaboks: Om emergens og robusthedsfaktorer

Inden for komplekse systemer (fx fysik, biologi, økonomi og sociologi) anvendes begrebet *emergens* (afledt af det latinske *emergerer*: dukke op, komme frem). Fænomenet *emergens* knytter sig til begrebet *synergieffekt* og beskriver dannelse eller opståen af nye egenskaber i et sammensat system, som ikke kan forklares ud fra de enkelte deles egenskaber. *Emergent orden* er udtrykket, der anvendes om et system, som hele tiden udvikler og forandrer sig i et indbyrdes samspil mellem delene uden en nødvendigvis fælles og overordnet styring af samspillet.

Lidt mere konkret: En persons livssituation afhænger bl.a. af en lang række "enheder" med hver deres egenskaber. Det kan fx belyses gennem de ni robusthedsfaktorer (personlighed, fysiske, psykiske, sociale, samfundsmæssige, kulturelle faktorer m.v.). Hver enhed kan ikke isoleres til en enkelt forklaring eller årsag på personens aktuelle livssituation, ej heller måden hvordan personen håndterer en svær livssituation på. Dette fordi enhederne spiller sammen på måder, som ikke altid kan afdækkes eller forudses, og enhederne kan påvirke hinanden såvel positivt som negativt.

Med andre ord: De ni robusthedsfaktorer danner tilsammen et åbent system, hvor faktorerne vekselvirker både med hinanden og omgivelserne. Denne dynamik kan ændre systemets egenskaber og føre til en enten positiv eller negativ udvikling i personens livssituation.

Konklusion

Forskningsprojektet har vist, at de 15 udsatte borgere, der er interviewet i dette projekt, var i stand til at vurdere og reflektere over eget liv og livssituation – endda ganske fortrinligt. De ni robusthedsfaktorer er tilstrækkeligt dækkende til at kunne belyse årsager til robusthed blandt udsatte borgere. De ni faktorer er: *Personlighed, helbred, familiemæssig baggrund, sociale netværk, de store stunder, tidligere beskæftigelse, foretrukne interesser og aktiviteter, struktur i hverdagslivet samt livsformer og værdier.*



Forskningsprojektet har vist, at de 15 udsatte borgere, der er interviewet i dette projekt, var i stand til at vurdere og reflektere over eget liv og livssituation – endda ganske fortrinligt.

Robusthed blandt udsatte borgere repræsenterer i dette projekt:

- Borgere med væsentlig gå-på-mod, de giver ikke op, men bliver ved med at kæmpe
- Borgere der er viljefaste
- Borgere der har selvindsigt og er realistiske om egen kunnen
- Borgere der formår at trække på egne ressourcer
- Borgere der ofte er meget kreative
- Borgere der gerne vil
- Borgere der ønsker meget mere fællesskab
- Borgere der har en fast rytme i hverdagen
- Borgere der ønsker flere venner og relationer
- Borgere der har brug for hjælp til at spise sundere
- Borgere der har brug for skemalagte regelmæssige aktiviteter
- Borgere der motionerer eller gerne vil motionere
- Borgere der kan have brug for en pause fra fællesskabet
- Borgere hvor de fleste ikke ryger og kun drikker med måde
- Borgere der har interesser
- Borgere der har behov for fleksible og rummelige arbejdspladser
- Borgere der gerne vil arbejde
- Borgere der har haft god kontakt til bedsteforældre i barndommen
- Borgere hvor dagsformen kan være afgørende for 'dagens' beslutninger og aktiviteter
- Borgere der oplever stor tilfredshed med hjælpen i Gentofte Kommune

Robusthed set i lyset af almene menneskelige behov

I dette projekt afprøves, om de fundne robusthedsfaktorer blandt ældre også er gældende i andre borgergrupper, hvor livsvilkår og kulturelle kontekster er anderledes og kan give store udfordringer i livet.

Formålet er at afprøve Robusthedshjulets anvendelsesmuligheder blandt en gruppe socialt udsatte borgere, for at vurdere om de ni robusthedsfaktorer er væsentlige faktorer, for hvordan borgere i udsatte positioner vurderer eget liv, samt belyse om der er eventuelle andre faktorer, der medvirker til at borgere i denne målgruppe klarer sig, så godt som de gør – på trods af de – nogle gange voldsomme – oplevelser og erfaringer de har med fra deres hidtidige liv.

Undersøgelsens teoretiske ramme tager, som tidligere nævnt, udgangspunkt i den salutogene sundheds- og trivselsmodel '*Det Dobbelte KRAM*' (fig. 3, side 18). Modellen indeholder et *helbreds-KRAM* med fokus på Kost, Rygning, Alkohol og Motion, dvs. faktorer der knytter sig til vores krop og fysiske helbred og er stærkt påvirket af livsstil, samt et *mentalt sundhedss-KRAM* med fokus på det enkelte individs Kompetencer, Relationer, Accept og Mestring, som alle er vigtige faktorer i forhold til udvikling af mening og sammenhæng i livet og dermed robusthed.

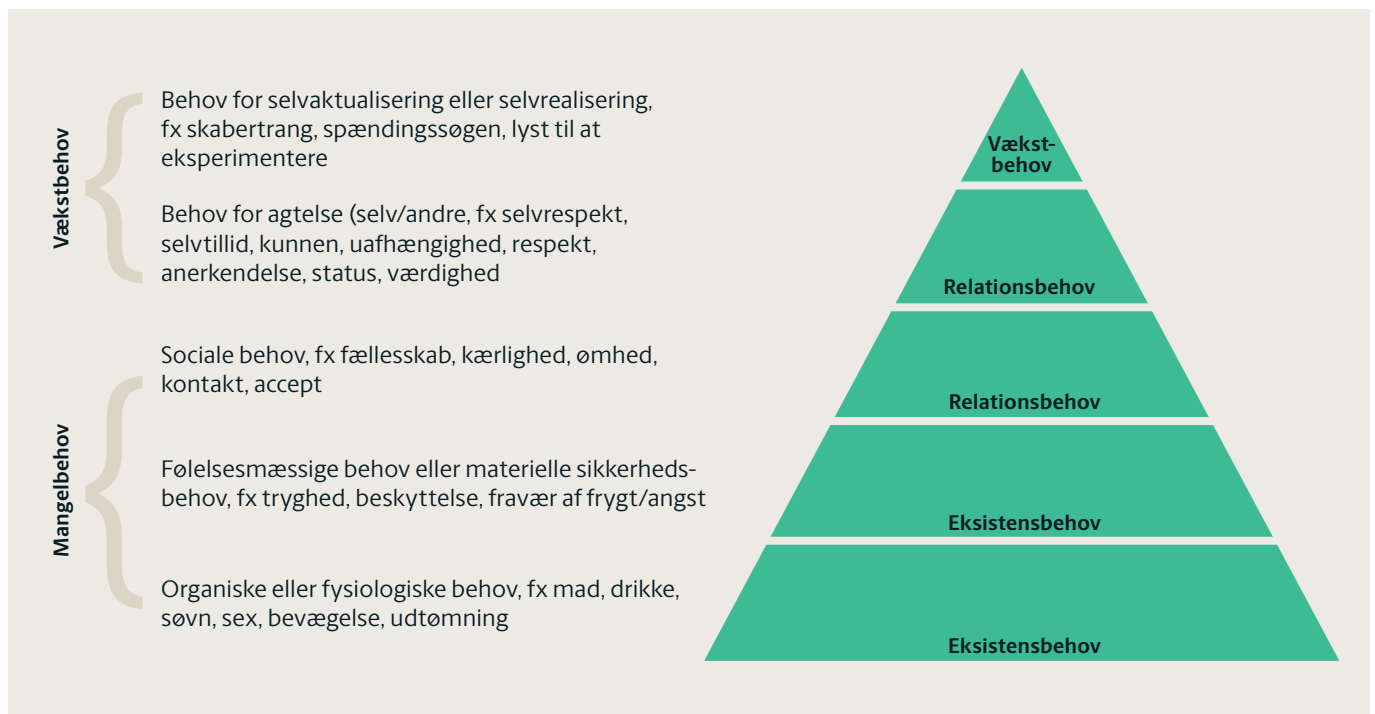
Supplerende til Det Dobbelte KRAM er LUP-modellen for 'det hele menneske' beskrevet. LUP er en forkortelse af *LivsUdfoldende Perspektiver*, og den tværvidenskabelige model - som tager sit afsæt i en biopsykosociale forståelse af sundhed og sygdom - er ligeledes kraftigt inspireret af salutogen forskning. Udover dette er der beskrevet ni robustheds-faktorer, der bruges som undersøgelsens fortolkningsramme i forhold til at afdække robusthed blandt udsatte borgere.

De identificerede robusthedsfaktorer knytter sig til nogle almengyldige menneskelige behov, som ganske vist kan være forklædt på forskellige måder alt efter hvilken (lokal)kultur man fødes og opvokser i, men som alligevel dybest set er almen gældende. Det er netop en af årsagerne til, at de ni faktorer søges afprøvet i en anden målgruppe end ældre borgere.

En lokalkultur er bærer af bl.a. holdninger, normer, værdier, traditioner, forventninger, forståelse, måder-at-gøre-ting-på osv. Der er med andre ord forskel på at være født og/eller opvokset med udfordringer, som påvirker hverdagslivet og gør det svært, eller at klare sig i samfundet på lige fod med den generelle befolkning. Her vil der være vidt forskellige historiske, sociale og kulturelt forankrede faktorer, som i højeste grad er med til at forme et menneskes liv, fordi kulturen er det vand man lever, svømmer, tænker og handler i. Men trods disse lokale kulturelle forskelle hævder f.eks. psykologen Abraham Maslow (1908 – 1970), at menneskelige behov også har en universel karakter, der er tids-, kultur- og kontekstuafhængig, hvilket fremgår af Maslows forskning og hans velkendte behovspyramide (57). Man kan sammentænke Maslows behovspyramide med psykologen Clayton Alderfers teori om eksistens, relationer og vækst (57, 58), hvilket er gjort i fig. 9, hvor Alderfers begreber er skrevet i selve pyramiden. Hermed gøres det tydeligere, at menneskers oplevelse af trivsel og livskvalitet knytter an til flere typer af behov.



En lokalkultur er bærer af bl.a. holdninger, normer, værdier, traditioner, forventninger, forståelse, måder-at-gøre-ting-på osv. Der er med andre ord forskel på at være født og/eller opvokset med udfordringer, som påvirker hverdagslivet og gør det svært, eller at klare sig i samfundet på lige fod med den generelle befolkning.



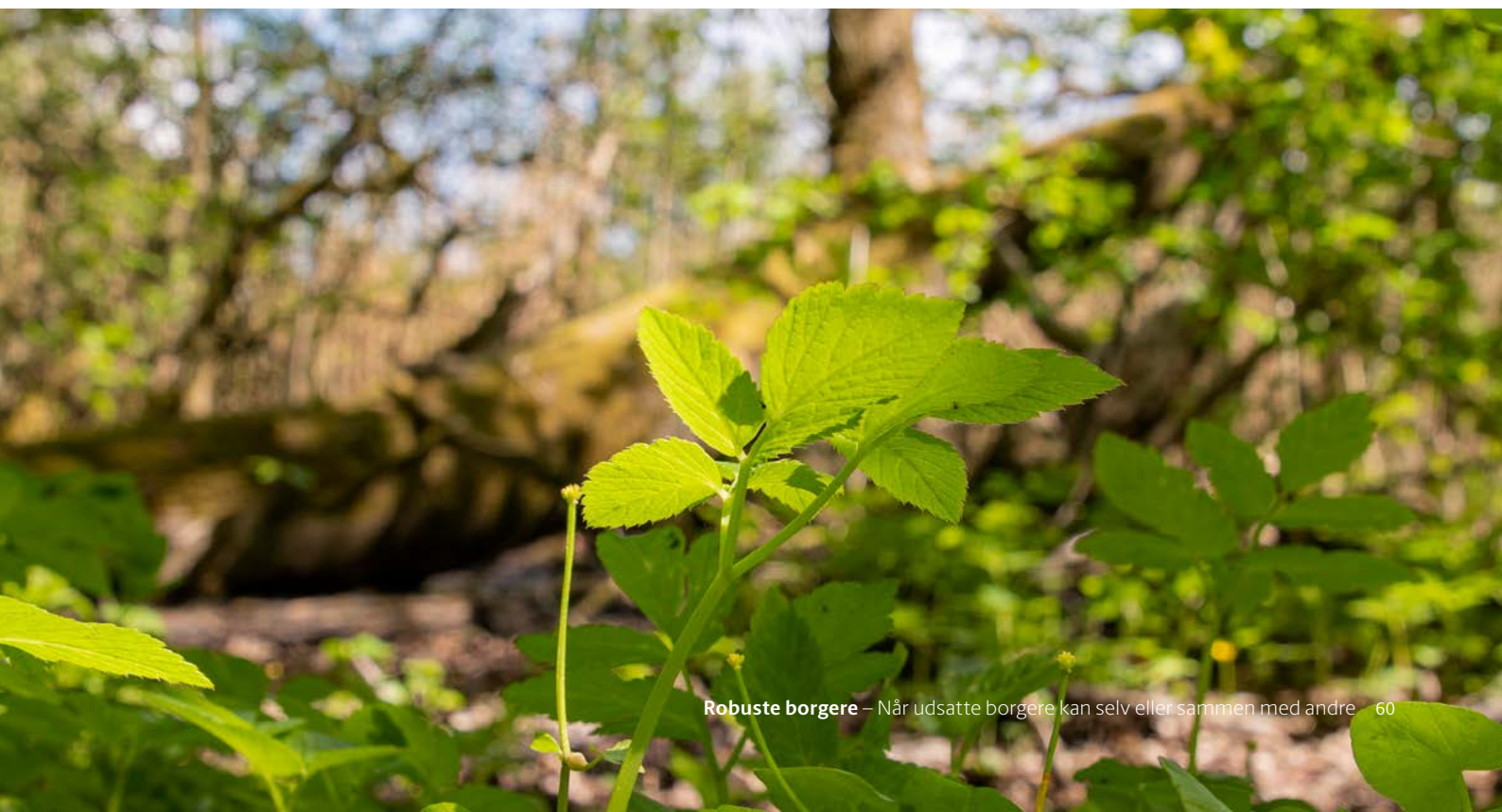
Figur 9. Maslows behovspyramide – her sammensat med Clayton Alderfers nøglebegreber om eksistens, relationer og vækst, som er skrevet i selve pyramiden (57, 58). Illustrationen bringes med tilladelse fra forfatter og Hans Reitzels Forlag.

I følge Maslow (og Alderfer) vil mennesker der har 'fundamentet i orden', dvs. de nederste tre trin i behovspyramiden, have bedre forudsætninger for og menneskeligt overskud til at forsøge at realisere sine mål, ønsker og drømme, og dermed blive motiveret til endnu mere selvrealisering og anerkendelse. De mennesker, der er i stand til at få opfyldt deres behov for selvrealisering og anerkendelse, er derfor mere privilegerede end de, der ud fra devisen 'livet er en kamp' måske dagligt kæmper for at få opfyldt deres grundlæggende fysiske og sikkerhedsmæssige behov samt behovet for sociale relationer (dvs. mangelbehov). Men omvendt er sidstnævnte gruppe af mennesker måske dybest set mere taknemmelige, når der er ting der lykkes, og behov bliver opfyldt? Meget firkantet kan pointen sættes således op: Hvis man ingen mad har, er der ét altoverskyggende problem. Hvis man har meget mad og andre goder i livet, kan man paradoksalt opleve at have mange problemer.

Faktaboks: Kritik af Abraham Maslows behovspyramide

Maslows teorier er blevet kritiseret fra forskellige sider for ikke at være videnskabeligt testede og empirisk underbyggede. Dertil kommer, at menneskets behov for selvaktualisering og kreativitet (toppen af pyramiden) er en for romantisk tanke, der ikke rigtig passer sammen med de mere basale menneskelige behov, der ligger længere nede i pyramiden. Andre kritikere peger på, at modellen er for hierarkisk, og at behovene nærmere burde stå ved siden af hinanden. Selvom der er sket en stor udvikling inden for det felt, som Maslow forskede i, ser det alligevel ud til, at teorierne i det store og hele stadig er gældende i dag (59).

Flere af de udsatte interviewede borgere i Gentofte giver udtryk for, at de har udfordringer i forhold til tryghed, fællesskab og/eller kontakt (Mangelbehov). Det kan være med til, at de oplever dagligdagen som 'en kamp', hvor mangel på samvær og tryghed skaber uro og yderligere udfordringer, som kan føles uoverstigelige, når man oplever at stå alene med det. På den anden side kan de 'små ting' i dagligdagen, f.eks. at gå en tur sammen med en ven eller bekendt, give energi og overskud til at dagens udfordringer som dermed bliver lettere overkommelige. Måske det er en medvirkende årsag til, at flere af de interviewede overvejende klarer sig godt på trods, for mange af dem er gode til at søge fællesskaber f.eks. i klubber eller Center For Trivsel og Netværk. Fællesskab kan være med til at skabe selvtillid, værdighed (vækstbehov), og motivere borgeren til endnu mere selvrealisering og anerkendelse. En negativ spiral kan vendes til en positiv spiral.

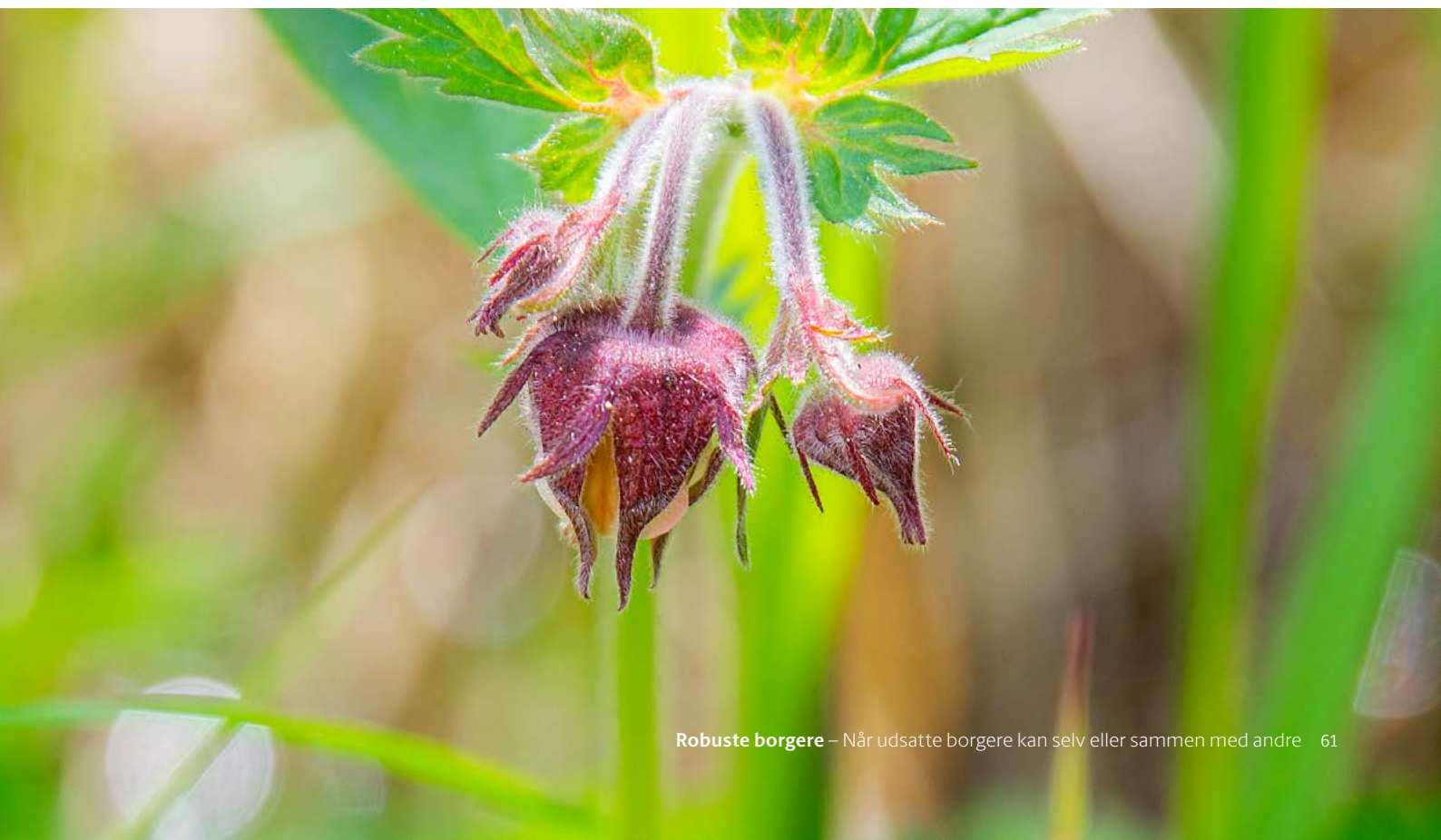


Robusthedshjulet

De robuste mennesker interesserer os. Hvad er det de gør? Hvad er det de kan? Hvordan har de lært det? Og hvad kan de lære os? De ni Robusthedsfaktorer udviklet i Ikast-Brande og Gentofte projekterne har vist at:

- Robusthedsfaktorerne er en del af det enkelte menneske – og de former det enkelte menneske i tanke og handling samt evne til at tilpasse sig livets forhold og få det bedst mulige ud af livet.
- Robusthedsfaktorerne er grundlæggende for et aktivt og uafhængigt liv - også i alderdommen.
- Robusthedsfaktorerne kan være opfyldt i forskellig grad.
- Nogle robusthedsfaktorer grundlægges allerede i barndommen, andre senere i livet.
- Nogle robusthedsfaktorer er fleksible – de kan påvirkes og ændres.
- Robusthedsfaktorerne er ikke blot indbyrdes forbundne, men har også forbindelse til nøglebegreber, der indgår i modellen 'Det Dobbelte KRAM', hvor især følelsen af mening og sammenhæng i tilværelsen er særlig vigtig. Der er også en tæt kobling til LUP-modelens otte perspektiver for 'det hele menneske' samt til modellens fokus på både risikofaktorer og beskyttede faktorer for mental sundhed.

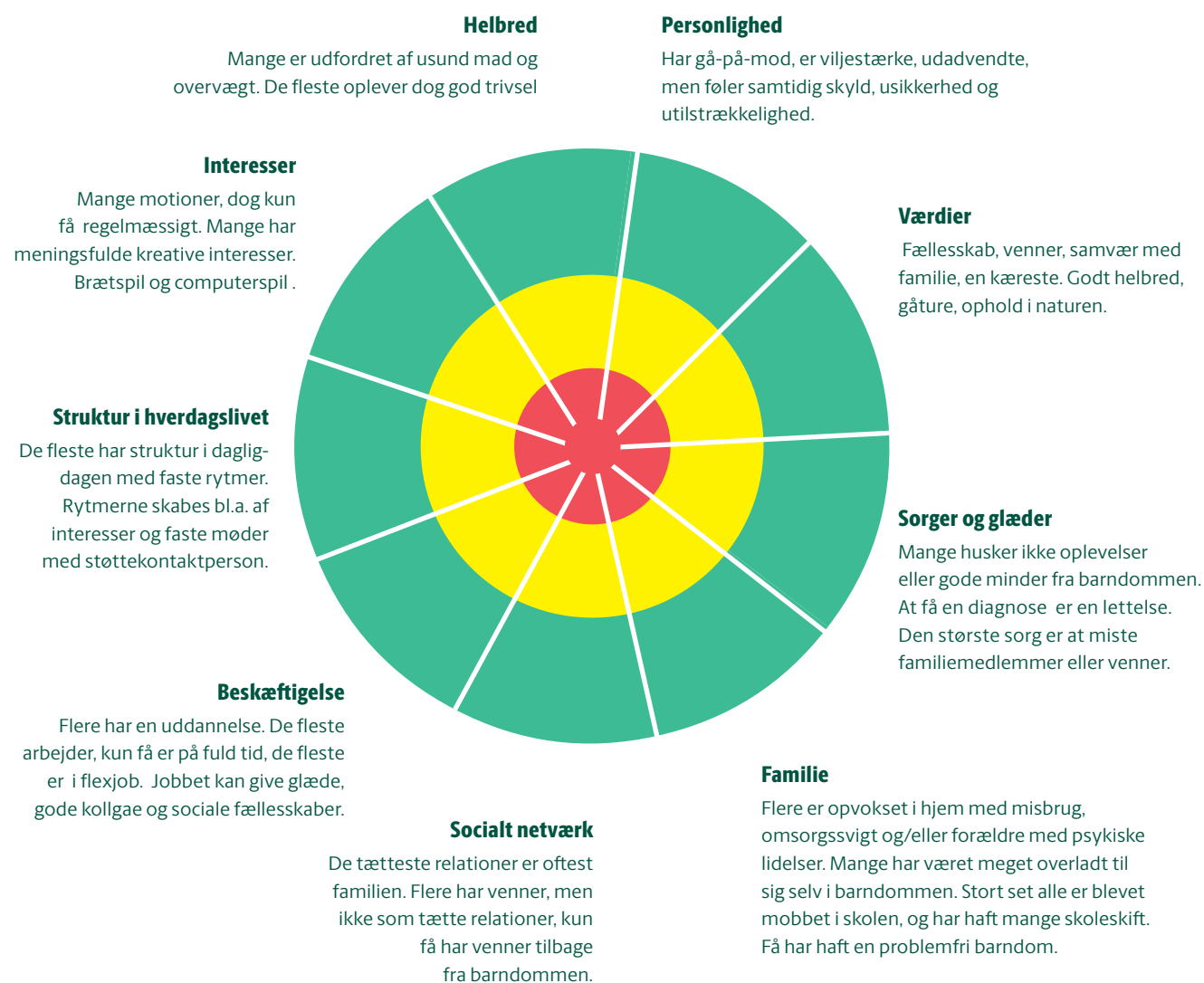
Projektet 'Anvendelse af Robusthedshjulet for borgere i udsatte positioner' i Gentofte Kommune har været med til at kvalificere 'Robusthedshjulet' yderligere. Undersøgelsen viser nemlig, at de ni robusthedsfaktorer også kan benyttes blandt borgere i udsatte positioner til at beskrive deres livsverden og forstå deres situation og udfordringer. Men beskrivelsen af robusthedsfaktorerne er forskellige:



Robusthedsfaktorer	Borgere i udsatte positioner	Ældre borgere i Ikast-Brande og Gentofte
Personlighed	Har gå-på-mod, er viljestærke, udadvendte, men føler samtidig skyld, usikkerhed og utilstrækkelighed.	Er positive, omstillingsparate, hviler i sig selv og accepterer modgang og de forandringer alderen byder.
Helbred	Mange er udfordret af usund mad og overvægt. De fleste oplever dog god trivsel.	Gode fornuftige og sunde livs vaner.
Familie	Flere er opvokset i hjem med misbrug, omsorgssvigt og/eller forældre med psykiske lidelser. Mange har været meget overladt til sig selv i barndommen. Stort set alle er blevet mobbet i skolen, og har haft mange skoleskift. Få har haft en problemfri barndom.	I Ikast-Brande er man ofte opvokset i små kår, i Gentofte er de fleste ikke opvokset i små kår; identitet i forhold til trygge, stærke, stabile loyale familierelationer der øger livskvalitet og lykkefølelse og som trækkes ind i alderdommen.
Socialt netværk	De tætteste relationer er oftest familien. Flere har venner, men ikke som tætte relationer, kun få har venner tilbage fra barndommen.	Tætte relationer med en fælles historie fordi der holdes ved venner fra barndommen og ungdomsårene.
Sorger og glæder	En stor del husker ikke oplevelser eller gode minder fra barndommen. At få en diagnose er en lettelse. Den største sorg er at miste familiemedlemmer eller venner.	Dels i forhold til gode oplevelser og minder fra barndommen; dels i forhold til tab af fx mor og far eller søskende i barndommen, men at man kommer over det og kommer godt videre – klogere på livet.
Beskæftigelse	Flere har en uddannelse. De fleste arbejder, kun få er på fuld tid, de fleste er i flexjob. Jobbet kan give glæde, gode kollegaer og sociale fællesskaber.	I forhold til pligter tidligt i livet, uddannelse og langvarig kontakt med arbejdsmarkedet samt senere børn som senere selv får (samme) uddannelse som forældre.
Interesser	Mange motionerer, dog kun få regelmæssigt. Mange har meningsfulde kreative interesser. Mange er optaget af brætspil og computerspil.	Fx motionsvaner, musik og dans, meningsfulde aktiviteter og hobbies, måske frivillige indsatser.
Struktur i hverdagslivet	De fleste har struktur i dagligdagen med faste rytmer. Rytmerne skabes bl.a. af arbejde, interesser og faste møder med støttekontaktperson.	Struktur i livet med rytmer, rutiner og indhold fx i forhold til traditioner fra barndommen som bringes videre til voksen- og ældrelivet og giver en sammenhæng i livet
Værdier	At klare sig selv og at klare sig godt. Fællesskab, venner, samvær med familie, en kæreste. Godt helbred, gåture, ophold i naturen.	Værdier som er taget med fra barndommen ind i voksen- og ældrelivet, og som udgør en klangbund i forhold til hvad personen er opdraget til, fx udholdenhed og stædighed: jeg vil, jeg kan, jeg gør; Der må kunne findes en løsning

Tabel 2. Sammenfald og forskelle i Robusthedshjulet

Det ses tydeligt i tabel 2, at robusthedsfaktorerne blandt udsatte borgere er væsentligt anderledes end blandt ældre borgere i Ikast-Brande og Gentofte. Det kan være med til at give en forståelse for udsatte borgeres udfordringer i hverdagen – og i livet i det hele taget.



Figur 10. Udsatte borgere og 'Robusthedshjulet' er en model, der viser undersøgelsens ni dynamiske robusthedsfaktorer, som spænder over tre felter med hver deres grad af et menneskes robusthed på området: Grønt felt: Personens robusthed er *stærk* på området. Gult felt: Personens robusthed er *middel* på området. Rødt felt: Personens robusthed er *lav* på området

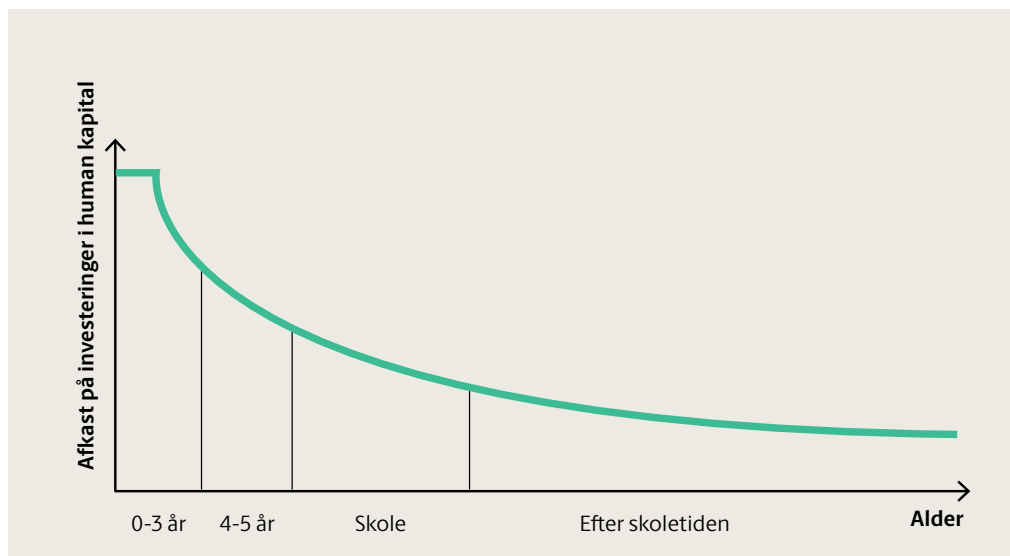
Robustheden grundlægges i barndommen

Livet igennem er der en dynamik i robusthedsfaktorerne; det kan gå frem og tilbage – og frem igen, især under påvirkning af beskyttende faktorer for mental sundhed. På Robusthedshjulet gælder det om, at man som menneske er i det grønne område med så mange robusthedsfaktorer som muligt, så meget som muligt og så længe som muligt. Og i den forbindelse er barndom og opvækst meget vigtig.

Det er både velkendt og veldokumenteret, at barndommen har stor indflydelse på menneskers livsduelighed senere i livet, som denne undersøgelse også peger på. Personligheden grundlægges i barndommen og forskning peger i øvrigt på, at personlighed i større grad end hidtidig antaget også er arvelig (60). Her udvikles i bedste fald f.eks. vilje og evnen til at fastholde og nå sine mål, udskyde sine behov (selvkontrol) – alt sammen noget som har stor betydning for at kunne klare sig selv senere i livet (61). Udviklingen af selvværd og selvtillid er naturligvis også vigtige personlighedsmæssige faktorer, som har stor indflydelse på ethvert menneskes liv.

Uddannelse ses som betydning for at udvikle robusthed. Viden og læring er pr. definition positivt, og en uddannelse giver samtidig oplevelsen af, at 'man kan noget', at 'man har gennemført noget', at 'man er blevet til noget'. På sigt betyder dette også, at man har bedre forudsætninger for at blive økonomisk uafhængig af andre, og at 'man kan klare sig'. Dog er der en vigtig pointe: Det kan godt være, at det er vigtigt at blive til '*noget*' i livet, men man skal også blive til '*nogen*'. Det vil sige, at man finder sig selv som menneske, og 'ved hvem man er' og har sine værdier og personlige integritet i behold. Det er grundlaget for selvværd, den ranke ryg – og måske sund fornuft og dømmekraft. Denne overvejelse detroniserer uddannelsens traditionelle betydning for udvikling af livskompetencer og åbner for en forståelse af, at uddannelse naturligvis er vigtig af talrige indlysende årsager, men at det absolut kan diskuteres, om uddannelse er en nødvendig forudsætning for at udvikle robusthed i livet. I hvert fald kan uddannelse ikke stå alene. '*Livet må leves forfra, men kan kun forstås bagfra*' skrev filosofen Søren Kierkegaard. Den type viden og visdom citeret peger på, kan man ikke hente fra uddannelse, den må man leve sig til. Således er der forskel på 'skolen for livet', som står på mange folkeskolars indgangsportal, og 'livets skole', som vi alle befinder os i og gør os (sometider dyrekøbte) erfaringer med.

Under alle omstændigheder viser forskning, at der er al mulig grund til at satse på ikke blot menneskers læring, men også udvikling og dannelse i de allertidligste år af livet. Nobelprismodtager James Heckman er økonomiprofessor og arbejder på Chicago University, USA. Heckman har foretaget grundige undersøgelser, der viser, at økonomisk investering i human kapital i de tidlige år, er mere indbringende end investeringer senere i livet (62). Human kapital skal forstås, som den viden og erfaring, et menneske tilegner sig gennem en investering i dets læring, udvikling og dannelse. James Heckman er især blevet kendt for at vise, at investering i børns tidlige læring giver det mest effektive samfundsøkonomiske afkast (fig. 11).



Figur 11. Heckman-kurven: Afkast på investeringer i human kapital: Tidlig investering i human kapital betaler sig. Figuren vises med tilladelse fra forfatter og Hans Reitzels Forlag (36).



Det interessante er at sætte fokus på de robusthedskendetegn, der er for forskellige aldersgrupper og samfundsgrupper f.eks. udsatte borgere, ud fra en tankegang om, at vi ønsker at fokusere på det, vi gerne vil have mere af.

Robusthed i kommende generationer

Et særligt udbytte af robusthedsundersøgelserne vil være at kunne forudse, fastholde og fremme robusthed i de kommende generationer. De generationer, der har deltaget i de to undersøgelser om et vellykket ældre liv i Ikast-Brande og Gentofte, er karakteriseret ved, at mange har oplevet konsekvenser af 2. verdenskrig og krisen i 1930'erne – samtidig med at det velfærdssamfund, vi kender i dag, ikke eksisterede i deltagernes barndom eller unge år. Nærværende undersøgelse peger på, at det er muligt at udvikle sig til et robust menneske uden særlig støtte fra samfundet. Dog skal her nævnes, at man bl.a. i Danmark, modsat visse andre lande, har gode muligheder for netop at tage en uddannelse, som jo støttes af samfundet, samt at man arbejder frem mod mere fleksible løsninger på et rummeligt arbejdsmarked, f.eks. fleksjob og mikroflexjob, som kan tilgodese mennesker, der af den ene eller anden årsag må have nedsat arbejdstid eller hensyntagende arbejde. Disse muligheder er vigtige for udsatte borgere.

Det interessante er at sætte fokus på de *robusthedskendetegn*, der er for forskellige aldersgrupper og samfundsgrupper f.eks. udsatte borgere, ud fra en tankegang om, at vi ønsker at fokusere på det, vi gerne vil have mere af. Samtidig skal vi som samfund understøtte udvikling af robusthed for mennesker i alle aldre og situationer, dér hvor det enkelte menneske, eller vedkommendes netværk ikke selv er i stand til det.

På trods af væsentligt bedre levevilkår ved vi jo også, at der i dag er mennesker, som ikke har udviklet en robusthed, der gør, at det er svært at klare sig uden hjælp. Naturligvis. Livet viser sig ikke altid fra sin kønneste side, og det kan bide dig kraftigt i låret, for at sige det med en omskrivning fra et digt af Benny Andersen (63).

Derfor kan vi ikke bare gå ud fra, at nøglebegreber som *robusthed*, *resiliens*, *empowerment* og *self-efficacy*, udvikler sig af sig selv. Man må se det enkelte menneskes 'evne til at klare sig i livet' ikke blot som nogle personlige kompetencer, men også som nogle kompetencer og påvirkninger der foregår i et *dynamisk samspil* med henholdsvis beskyttende og opbyggende faktorer i nærmiljøet overfor belastende risikofaktorer. Det er netop det overblik LUP-modellen tilbyder. I dette spændingsfelt mellem vilje og vilkår ligger evnen til at tilpasse sig livsvilkår og klare sig selv, men med den vigtige pointe som vi finder i empowerment-tankegangen: Hvert individ har sine specielle kompetencer, interesser og behov, og en forudsætning for, at man kan tage vare på sig selv og ansvar for egne handlinger, er, at man har haft mulighed for - på den ene eller anden måde - at formulere præmisserne herfor. Således handler robusthed både om noget inde i det enkelte menneske, men også noget omkring det enkelte menneske i form af livsvilkår og muligheder i samfundet.



Perspektivering

At lægge år til livet og liv til årene

Undersøgelsen i Gentofte Kommune af borgere i udsatte positioner minder på mange måder om opstarten af den *salutogene forskning*, som så dagens lys i slutningen af 1960'erne med professor i sociologisk medicin Aaron Antonovsky (1923 – 1994) som hovedmanden bag det nyudviklede begreb (64). Salutogenese, det som ligger bag udviklingen af sundhed og psykisk modstandskraft, har med efterhånden 60 års forskning vist sig, som en vigtig komplementær størrelse til den velkendte og vigtige *patogene forskning*, som omhandler hvad der ligger bag udvikling af sygdom. Med salutogenese og patogenese er der tale om to vidt forskellige dimensioner i menneskers liv, men som alligevel hænger uløseligt sammen. Dette er også en af pointerne i sundheds- og trivselsmodellen *Det Dobbelte KRAM*, som udgør teorigrundlaget i undersøgelsen: Helbred er noget, sundhed er noget ganske andet.

På trods af, at viden om helbred og viden om sundhed bygger på hver deres videnskaber (henholdsvis naturvidenskab over for humaniora og samfundsvidenskab), påvirker de hinanden gensidigt. De to områder, salutogenese og patogenese, bidrager samlet set til et vigtigt grundlag for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser, som i princippet har hver deres fokusområde, nemlig at *lægge år til livet og liv til årene*. Er man 'en borger i en udsat position', så ligger det nærmest implicit indlejret i begrebet, at begge fokusområder - år til livet og liv til årene – er en særlig vanskelig opgave.

En forstyrrelse af en erfaring

I nærværende undersøgelse har borgerne i interview fortalt om vanskelige forhold i opvæksten, mobning, mange skoleskift, misbrug, overgreb, psykiske lidelser og andre oplevelser, som ville have kunnet knække mange menneskers livsmod. Undersøgelsen om borgere i udsatte positioner forstyrrer imidlertid – heldigvis på en glædelig måde - fordi borgerne på trods af dårlige odds, alligevel klarer sig godt i livet. Man kan så undre sig over, hvor den styrke, som de udviser kommer fra. Hvordan magter de at skabe struktur i hverdagslivet, have flere interesser, motionere, have gå-på-mod, samt være viljestærke og udadvendte på trods af, at de også kan føle fx skyld, usikkerhed, ensomhed og utilstrækkelighed? Hvad er det borgerne i undersøgelsen kan? Hvad er det de gør? Hvordan har de lært det? Hvad kan de lære os? Vil denne viden kunne bidrage til udviklingen af nye forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for bedre sundhed, trivsel og mestring til mennesker i udsatte positioner?

Undersøgelsen kan ikke svare præcist på alle spørgsmål, men ved at anvende de ni robusthedsfaktorer i Robustheds-hjulet (side 64) forsøger man at give et forskningsmæssigt fingerpeg om vigtige faktorer for mestring, når livet kan være svært og byde modstand. Robustheds-hjulet peger på vigtige beskyttende faktorer, der er opstået gennem interviewene. Flere borgere nævner især bl.a. deres bedsteforældre med kærlighed, varme – og savn. Der er ingen tvivl om, at bedsteforældre for flere af de interviewede har været en vigtig helle og kærlig støtte i en tumultarisk opvækst. Dette bringer minder frem om psykologerne Emmy E. Werner og Ruth Smiths undersøgelse fra 1955 af børns familiære opvækstvilkår på øen Kauai (en del af Hawaii-øgruppen) (65).

Kauai-undersøgelsen og resiliens

Kauai-undersøgelsen fulgte børn over flere årtier med det formål at afdække hvilke faktorer, der kan have betydning for opvoksende børns brud med ringere opvækstvilkår og social nød. Her fandt Werner og Smith flere vigtige beskyttende faktorer som kunne inddeles i tre niveauer:

- **Et individuelt niveau**, som bl.a. havde at gøre med det enkelte barns personlighed
- **Et socialt niveau**, som bl.a. havde at gøre med en struktureret hverdag, klare regler i familien og med gode rollemodeller
- **Et strukturelt niveau**, som bl.a. havde at gøre med omsorgs- og tillidsfuld kontakt til ofte en ældre i lokalsamfundet, en god nabo, en lærer i skolen og lignende

De ovenstående eksempler genfindes i undersøgelsen fra Gentofte Kommune, og det er i øvrigt fra Kauai-undersøgelsen at *resiliensbegrebet* udspringer, og som i nærværende undersøgelse er koblet til begrebet *robusthed*. Hvordan vil man med afsæt i undersøgelsen af borgere i udsatte positioner fra Gentofte Kommune, samt de ni robusthedsfaktorer der er at finde i Robustheds-hjulet, kunne bidrage til videreudvikling af indsatser for bedre sundhed, trivsel og mestring?

Et af de vigtigste sætninger inden for læringsteori lyder således: *Ændrende læring begynder som regel med en forstyrrelse af en erfaring*. Det intuitive modsætningsfulde forhold i undersøgelsen mellem borgernes sårbarhed og styrker forstyrrer, hvilket man som fagprofessionel kan glæde sig over, først og fremmest på borgernes vegne, som ser ud til at kunne mestre et liv trods vanskeligheder. Det vil i bedste fald betyde, at undersøgelsen kan være med til at nedbryde fordomme og vanetænkning om borgere i udsatte positioner. Der vil i praksis kunne udvikles nye tidssvarende indsatser ved at se undersøgelsen gennem den salutogene sundheds- og trivselsmodel *Det Dobbelte KRAM* med fokus på en helhedsorienteret tilgang som i f.eks. *LUP-modellen* for 'det hele menneske'.



'Det hele menneske' i komplekse livssituationer og opgaveløsninger

I komplekse opgaver og situationer især inden for social-, sundheds- og beskæftigelses-mæssige områder taler mange fagprofessionelle om 'det hele menneske'. Det handler om at forstå den enkelte borger, som et 'unikkt menneske' med sine særlige egenskaber og karakteristika. Desuden forsøger man at komme 'hele kompasset rundt' i borgerens livssituation, som det ofte kaldes. I den nye Hvidbog i Rehabilitering fra 2022 er der som et eksempel ligeledes et klart fokus på 'det hele menneske': *'I rehabilitering er det afgørende, at der arbejdes ud fra et helhedsorienteret biopsykosocialt perspektiv. Opgaven er at 'se og tilgodesee' det hele menneske ud fra den livssituation, personen befinder sig i'* (66).

Men der vil, som i følgende eksempler, være udfordringer i at arbejde helhedsorienteret for bedre sundhed, trivsel og mestring i komplekse opgaver med borgere i vanskelige livssituationer:

- I et stigende specialiseret offentligt system, især inden for sundhedsområdet, kan det være svært for professionelle at favne en kompleks livssituation hos borgere i udsatte positioner, som måske har flere sygdomme og udfordringer inde på livet. Komplekse situationer der kræver en indsats lægger som regel op til tværgående samarbejde mellem fag og sektorer, og i den forbindelse er der plads til udvikling. Som et eksempel fra sundhedsverdenen findes der i dag 39 lægelige specialer, som hver koncentrerer sig om sit. Inden for psykiatrien er det desuden velkendt, at borgere kan falde mellem de berømte to stole mellem en regions behandlingspsykiatri og en kommunes socialpsykiatri, hvilket fører til genindlæggelse gang på gang. Med baggrund i blot disse to eksempler ud af mange vil det være oplagt at øge indsatsen i det professionelle tværfaglige samarbejde,
- Sproget er tankens og bevidsthedens værktøj, og filosofen Michel Foucault har i sine diskursanalyser vist, hvordan sproget og sproglige begreber former vores opfattelse af verden samt vores tanker (67). Vi er vant til at tænke i kategorier og dikotomier – det er ganske enkelt en dybtliggende kognitiv måde at begribe verden på. Med afsæt i dette kan fagprofessionelles tænkning og sprogbrug utilsigtet fortrænge et fokus på 'det hele menneske' og paradoksalt spænde ben for en ønsket helhedsorienteret tilgang. Dette lægger op til en faglig selvransagelse af den måde, hvorpå man italesætter sin praksis. Denne pointe uddybes i følgende afsnit.

Om sprogets konstituerende kraft

'Lys' eksisterer i kraft af dikotomien 'mørk' og modsat. 'Ung' overfor 'gammel', 'kærlighed' overfor 'had', 'rask' overfor 'syg', 'sund' overfor 'usund'. De sidste to eksempler finder vi bl.a. i Det Dobbelte KRAM. Der er ikke noget i vejen med dikotomier overhovedet, men den indbyggede dualisme får ikke altid nuancer og interaktionen frem mellem forskellige begreber og faktorer, fordi man trækker modsætninger ud i hver sin pol. Hvis man ikke er forsigtig i sin tænkning, kan opfattelsen af fænomener blive mere eller mindre *sort – hvid* (!), og så kan man have svært ved at favne en kompleks situation.

Samtidig har sproget en stærk *konstituerende kraft*, der har konsekvenser for en helhedsorienteret tilgang i arbejdet med andre mennesker. Læs lige denne sproglige formulering igen 'borgere i udsatte positioner'. Tænk over hvad det betyder. Forsæt tankegangen med følgende andre velkendte udtryk fra det social- og sundhedsfaglige arbejde. I førstnævnte hører man ofte i daglig tale udtryk som fx ADHD'erne, autisterne, de bipolare, de skizofrene, de demente – og fra sygehusverdenen om hjertepatienter, kræftpatienter, KOL-patienter, nyrepatienter osv. Disse anvendte begreber kaldes for *institutionelle identiteter*, som hver især peger på en bestemt kategorisering af mennesker. Det fungerer udmærket i statistiske sammenhænge, men gør desværre også mennesker til typer, som defineres ud fra en situation i livet, fx 'udsat', som andre mennesker med en faglig baggrund har valgt at kategorisere, og som i eksemplerne knytter sig til sygdom, lidelse, begrænsninger, vanskeligheder i livet og diagnoser.

Utilsigtede stigmatiserende institutionelle identiteter

De institutionelle identiteter, som i vid udstrækning er opfundet af og udsprunget af det offentlige system, dets egen logik og behovet for systematik, er således med til at fastholde "borgere der er i en udsat position" i en særlig rolle, der både fortrænger 'det hele menneske' og er stigmatiserende. Professor i socialt arbejde Margeretha Järvinen og professor i sociologi Mik-Meyer skriver: '*Det er denne institutionelle ramme, der umuliggør eksistensen af et 'helt', unikt menneske, og som i stedet skaber klienter med bestemte karakteristika, der er meningsfulde for institutionen*' (68).

Med andre ord indpasses mennesker i fastlagte diagnoser, forståelsesrammer og etablerede kategorier, der modsvarer de foranstaltninger, handlingsmodeller, indsatser og tilbud, som bl.a. sundheds-, social-, beskæftigelses- og uddannelsesinstitutioner råder over. De borgere der indgår i nærværende undersøgelse, deres udsagn og måder at tackle livet på viser nogle modsætningsfyldte forhold, som udfordrer fagprofessionelles måder at tænke og kategorisere på. Borgerne i undersøgelsen er på en og samme tid omgivet af nogle risikofaktorer, men også beskyttende faktorer. De har nogle vanskeligheder, men også styrker. De er sårbare, men også stærke. De er glas, men også stål.

Fagprofessionelle må derfor øve sig i kompleksitetstænkning og fænomenet emergens (se evt. Faktaboks side 56) for at se, møde og forstå 'det hele menneske' i deres indsatser. En indsats er en '*koncentreret virksomhed, som man udøver for at opnå noget bestemt, fx for at løse et konkret problem eller for at styrke et bestemt område*' (Den Danske Ordbog). Indsatser inden for sundhedspædagogik bygger på lære- og udviklingsprocesser, der ud fra en persons egne mål, håb og ønsker for fremtiden kombineret med den professionelle faglige viden og tilgang, kan styrke en persons (eller en gruppe af personers) handleevne og mestring. Formålet er at skabe sundheds- og trivselsmæssig forandring og forbedring i forhold til egen situation (36).

For at kunne skabe effektive indsatser til borgere i udsatte positioner viser undersøgelsen, at fagprofessionelle, såvel i Gentofte Kommune som generelt over hele landet, med fordel må øve sig i at være opmærksomme på deres sprogbrug i skrift og tale (ikke mindst med borgeren), samt gå fra en enten/eller-tænkning i deres opgaver til en mere smidig både/og-tænkning inden for de indsatsmæssige rammer der findes (lovgivning, økonomi, strukturelle forhold m.v.).



Borgerne i undersøgelsen er på en og samme tid omgivet af nogle risikofaktorer, men også beskyttende faktorer. De har nogle vanskeligheder, men også styrker. De er sårbare, men også stærke. De er glas, men også stål.

Politikker på tværs

De udsatte borgeres komplekse livssituation peger også på behovet for at fagprofessionelle i Gentofte Kommune (og formentlig øvrige kommuner landet over) samtidig med fordel kan styrke et tværgående samarbejde. Det tværfaglige samarbejde gælder både med borgeren og med professionelle på tværs af fag og sektorer, og gerne sammen med civilsamfundet, som er ved at blive en mere og mere vigtig medspiller for folkesundheden generelt. Sundheds- og trivselsmodellen Det Dobbelte KRAM udspringer i øvrigt fra udarbejdelsen af en tværgående sundhedspolitik udviklet i Ikast-Brandø Kommune i årene efter kommunalreformen for at styrke et tværgående samarbejde om sundhed, trivsel og mestring (36).

Især ulighed i sundhed, og dermed bl.a. de såkaldte 'borgere i udsatte positioner', kalder på en særlig bred tværgående indsats med fokus på 'det hele menneske' og levevilkår. Tidligere direktør for sundhedsstyrelsen Søren Brostrøm skriver i rapporten 'Social ulighed i sundhed og sygdom': *'Sundhedsfremme [kan] ikke alene løses inden for sundhedssektoren, men skal integreres bredt i alle politikområder. Hvis det skal lykkes at reducere ulighed i sundhed, kræver det en betydelig indsats på mange politikområder og med inddragelse af både politiske beslutningstagere, offentlige myndigheder, private erhverv og civilsamfundet'* (69).

Som ovenstående citat peger på, kan samarbejde på tværs fremmes rent strukturelt gennem tværgående politikker, især mellem Sundhed-, Social- og Beskæftigelsesområderne, men også Kulturområdet som har adgang til vigtige fællesskaber samt Teknisk område som varetager rammerne for livet, fx gode boligforhold, idrætshaller og adgang til natur. Samarbejde på tværs står da også tydeligt frem som den fjerde anbefaling ud af fem i Hvidbog om Rehabilitering: *'Styrk koordinering og sammenhæng på tværs af lovgivning, forvaltningsområder og fagområder'* (66).

Udover tværgående kommunale samarbejder, er det vigtigt at hele styringskæden tænkes med, så tværgående politikker også fremmes via de styringer og regler, der udstikkes fra departementer og nye lovgivninger. Tilsammen vil det give kommunerne optimale kår for at yde den bedste støtte indenfor de rammer, der bliver givet.

Et øget tværgående samarbejde var en af de store mål med kommunalreformen i 2007, men her små 20 år senere synes det som om, der fortsat er plads til udvikling rundt omkring i de danske kommuner.

Uddannelse på tværs – fælles skolebænk

At løfte fagligheden hos de fagprofessionelle knytter an til den tredje anbefaling i Hvidbog om Rehabilitering: '*Styrk den faglige kvalitet*' (kort skrevet). Det kan man gøre på forskellige måder, men uddannelse og efter- og videreuddannelse er oplagte indsatsområder – også på trods af, at flere kommuner i disse år har både økonomiske udfordringer samt stigende problemer med at tiltrække arbejdskraft på bl.a. på sundheds- og socialområderne. Situationen gør, at kommunerne prioriterer efter- og videreuddannelse mindre højt, idet der er fokus på drift.

Gode uddannelsesstilbud kan imidlertid booste medarbejderes energi samt fastholde og tiltrække interesserede medarbejdere i en fremtid, hvor der bliver større kamp om arbejdskraft på grund af den demografiske udvikling med færre unge i samfundet. Med afsæt i nærværende undersøgelse vil det være oplagt med uddannelse inden for sundhedspædagogik med fokus på *salutogene lære- og udviklingsprocesser*, og gerne uddannelsesforløb med indbygget *aktionslæring*. Det vil sige forløb, hvor fagprofessionelle har lejlighed til at afprøve ny viden, nye teorier og nye modeller i egen praksis, og dermed gøre sig erfaringer. Disse uddannelsesstilbud med fokus på salutogenese og praksisudvikling findes og kan med fordel prioriteres. Et uddannelsesforløb kan med fordel også foregå som fælles skolebænk på tværs af fag og sektorer. Det synes som en interessant mulighed, hvis nærværende undersøgelse kan bidrage til sådanne tværfaglige uddannelsesforløb for fagprofessionelle i Gentofte Kommune.



Noget om nærhedsetik

Uddannelse er i sagens natur vigtig – men det er *dannelse* også. I dette afsluttende perspektiv handler menneskelig dannelse om, at den fagprofessionelle først og fremmest møder det andet menneske, som har vanskeligheder og udfordringer i livet, med omsorg, empati og som - ja, et menneske. Det kaldes *nærhedsetik*. Denne del af etikken knytter sig til arbejdet i nære relationer med andre mennesker, som ofte er sårbare. Her udspringer den etiske og naturligt spontane handling af den konkrete situation og relation, hvor vi som mennesker vil gøre, hvad vi kan for at hjælpe, når "vi ser personen i øjnene". Filosofen Knud Ejler Løgstrup (1905-1981) skriver om nærhedsetikken: *'Vi holder altid noget af den andens skæbne i vor hånd [...] hvorfor der er en uudtalt, så at sige anonym fordring til os om at tage vare på det liv, som tilliden lægger i vores hånd'* (70).

Interviewene med borgerne i nærværende undersøgelse, samt de ni robusthedsfaktorer i Robustheds-hjulet, har vist, hvor vigtige menneskelige relationer er for håb, styrke, mestring og troen på fremtiden. I Gentofte Kommune er der gode muligheder for at arbejde med disse sociale relationer og netværk, bl.a. gennem en række sociale tilbud samt 'ABC for mental sundhed' og 'Trivselskortet' som er implementeret.

At få mennesker vi møder til at vokse, handler således ikke alene om høje faglige kompetencer, men i sandhed også om den fagprofessionelles menneskelige kompetencer i en anerkendende kommunikation og tillidsfuldt samarbejde med 'Den Anden'. Betydningen af dette kan ikke undervurderes i forsøget på at lægge *år til livet og liv til årene*.

*Jeg har erfaret,
at folk glemmer, hvad du sagde,
folk glemmer, hvad du gjorde,
men folk vil aldrig glemme,
hvordan du fik dem til at føle'*
Maya Angelou, amerikansk digter

❖ Litteratur

1. Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2023
2. Berger NP, Christensen IE, Fynbo L, Johansen EB, Jørgensen TS. Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger – Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes. VIVE 2021
3. Ahlmark N., Sørensen I., Davidsen M., Ekholm O. SUSY udsat, Sundhedsprofil for socialt udsatte i Danmark og udviklingen siden 2007, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017
4. Benjaminsen, L., Andrade, S.B., Enemark, M.H. (2017). Fællesskabsmålingen. En undersøgelse af livsvilkår og social eksklusion i Danmark. VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd.
5. Den Danske Ordbog
6. Bak PL, Wistoft K. Robusthed. Kommuneqarfik Sermersoq & Departementet for Sundhed, 2013
7. Puggaard L, Sørensen J, Thybo P. Projekt Robuste Ældre. En undersøgelse af ældre menneskers robusthed set i et salutogent perspektiv. Sundhedsstaben, Ikast-Brande Kommune, 2015.
8. Puggaard L., Thybo P. Robuste seniorer – Når ældre kan selv eller sammen med andre. Gentofte Kommune 2022.
9. Kommunernes Landsforening, Det fælleskommunale ledelsesinformationssystem. KL FLIS
10. Ridder HM, Ottesen AaM. Introduktion til Den Kvalitative Livshistorie Aalborg universitet, oktober, 2008.
11. Gustafsson J, Ramian K. Livshistoriefortællingen. Nøglen til livet. Inspirations- og praksisbog. Systime A/S, 2003.
12. Schroll M. Århundredets børn. Sundhed og aldring i det 20. Århundrede belyst gennem Befolkningsundersøgelserne i Glostrup og samtale med tretten 95-årige fra 1914-kohorten. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed samt Dansk Gerontologisk Selskab. ISBN nr. 978-87-994502-5-1, 2014.
13. Johannesen A: Svækket men stærk. Hverdagsliv for 85- og 90-årige, som mestrer fysisk svækkelse. Nr. 10 i Skriftserien fra Gerontologisk Institut, 2006.
14. Avlund K: Disability in old age. Doktordisputats forsvaret i København, 2004.
15. Gerontologi. Livet som gammel. Munksgaard, 2002.
16. Lærebog om gerontologi udarbejdet for Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag. 2009.
17. Ergoterapi og Fysioterapi til Ældre. Munksgaard, 2012.
18. Kirk H, Schroll M. Viden til aldring – veje til handling. København: Munksgaard, 1998.
19. Freja Ekstrøm Nilou FE, Christoffersen NB, Møller SR, Klitgaard MB, Pedersen PV, Davidsen, M Ekholm O, Ahlmark NG. SUSY UDSAT 2022. Sundhedsprofil for socialt udsatte mennesker i Danmark og udviklingen siden 2007. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.
20. Pedersen PV., Christoffersen NB., Møller SR., Davidsen M. Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark. Registeropfølgning 2007 – 2021. Statens Institut for Folkesundhed; SDU. 2023.
21. Ekspertudvalget på socialområdet. Delrapport 1 - foreløbige anbefalinger til en bæredygtig faglig og økonomisk udvikling af socialområdet. Social-, Bolig- og Ældreministeriets. ISBN:978-87-7601-429-2, 2023
22. Pilgaard, M, Elmose-Østerlund K, Engell Z, Bilberg L, Toftgård NA. Idræt for mennesker med funktionsnedsættelser i Danmark. Litteraturreview og analyser fra Danmark i Bevægelse. Idrættens Analyseinstitut. 2022.
23. VIVE (Viden til velfærd) og forfatterne. Udredning af voksne med psykiske vanskeligheder, misbrug og komplekse sociale problemstillinger – Kvalitativ undersøgelse af, hvordan arbejdet med målgruppen kan styrkes, e-ISBN: 978-87-7119-915-4, 2021
24. Haugegaard SH, Kirk FCRK, Anker J. Veje til deltagelse for borgere i socialt udsatte positioner. Et litteraturstudie om de teoretiske diskussioner på feltet. Socialt udviklingscenter, Udarbejdet af Socialt Udviklingscenter SUS for Rådet for Socialt Udsatte. Elektronisk ISBN: 978-87-93698-17-8, 2021.
25. Deltagelse som vejen til forandring. 12 eksempler på inspiration. Rådet for socialt udsatte. 2021

26. VIVE (Viden til velfærd) og forfatterne. Når udsatte borgere møder velfærdssystemet. Omfang, udgifter og dilemmaer. ISBN: 978-87-7119-566-8 E-ISBN 978-87-7119-566-8, 2018
27. Mikkelsen G. Omsorg gør det ikke alene. Forlaget Indblik, 2015.
28. Jakobsen IS. Resiliensprocesser – begreb, forskning og praksis. København: Akademisk Forlag, 2014
29. Borge AIH. Resiliens. Risiko og sund udvikling. Hans Reitzels Forlag. 2003
30. Werner E, Smith RS. Journeys from childhood to midlife: Risk, resiliency, and recovery. Ithaca, NY: Cornell University Press. 2001
31. Freire P. De undertrykte pædagogik. København: Christian Ejlers' Forlag. 1973
32. Freire P. Håbets pædagogik – et gensyn med de undertrykte pædagogik. København: Forlaget Fremad. 1994
33. Raeburn J, Rootman I. People Centred Health Promotion. London: John Wiley & Sons. 1987
34. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & C. 1997
35. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84(2), 191–215. 1977 <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
36. Thybo P. Det Dobbelte KRAM. Et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. Hans Reitzels Forlag. 2016.
37. Thybo P. Det hele menneske. Lup på sundhedspædagogik i praksis. Hans Reitzels Forlag. 2023.
38. Larsen L., i "Livet behøver ikke være en nedadgående kurve, hvor vi bare venter på, at det hele er slut engang". Gerontopsykologi. 2003. Center for Livskvalitet, Aarhus
39. WHO-5 trivselsskala. Vidensportalen på det sociale område. Socialstyrelsen. <https://vidensportal.dk/dokumentation/udsatte-voksne/WHO-5>
40. Netdoktor.dk. <https://netdoktor.dk/sygdomme/fakta/selvvaerd-kan-styrkes-hele-livet.htm>
41. Lundgaard AL. Bedre selvværd - stærkere gennem livet. Sådan får du tillid til dig selv og omverdenen. ePub. Books on demand 2015. ISBN: 9788771700961
42. Pickering L, Thorstensen EW, Riedel C & Jennum, PJ. 'Søvn og døgnrytmer', Ugeskrift for Læger, vol. 180, no. 36, V05180319. <http://ugeskriftet.dk/sovn-og-dognrytmer>. 2018
43. Andersen SH, Jensen B, Nielsen BW, Skaksen JR. Hvad ved vi om børn og deres opvækstvilkår. Rockwool Foundation Research Unit and Gyldendal A/S 2020. ISBN 978-87-02-29241-1
44. Gullestrup, H. (2007). Kulturanalyse. En vej til tværkulturel forståelse. København. Gyldendal Akademisk.
45. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspect Psychol Sci. 2015; 10: 227-37. i den nationale sundhedsprofil 2022).
46. Nygaard Christoffersen M. Familiens ændring, 1993.
47. Rådet for socialt udsatte. <https://udsatte.dk/emne/uden-beskaeftigelse>
48. Pilgaard M, Elmosé-Østerlund K, Engell Z, Bilberg L, Toftgård NA. Idræt for mennesker med funktionsnedsættelser i Danmark. Idrættens Analyseinstitut, 2022. ISBN 978-87-93784-77-2 (pdf)
49. Swane CE. Demens - skyggen af en hverdag. 1998.
50. Kofoed, L. M. Lokale nationalismer – globalisering, hverdagsliv og fortællinger om dansk identitet. Ph.d. afhandling. Institut for geografi og internationale udviklingsstudier. Roskilde Universitet. 2006
51. Bauman Z og May T. At tænke sociologisk. Hans Reitzels Forlag, 2. udgave 2021. ISBN: 9788702346411
52. Antonovsky, A. (2000). Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag.
53. Fredens, Johnsen & Thybo (red.). Sundhedsfremme i hverdagen – Få mennesker du møder til at vokse. Munksgaard, 2011.
54. Kommentar af Jens Christian Nielsen, ungdoms- og trivselsforsker på DPU, Aarhus Universitet. Asterisk nr. 104 - marts 2023

55. Pedersen PV. Socialt udsattes møde med sundheds-
væsenet. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2018
Elektronisk udgave: 978-87-7899-440-0 Trykt udgave:
978-87-7899-439-4
56. Maslow AA. Theory of Human Motivation. Psychological
Review 50: 370-396, 1943
57. Alderfer C. Existence, Relatedness and Growth. Human
Needs in Organizational Settings. New York: The Free
Press, 1972.
58. Thybo P. Neuropædagogik - hjerne, liv og læring. En
grundbog i et salutogent perspektiv. Hans Reitzels
Forlag. 2013.
59. Knoop HH. Education in 2025: How Positive Psychology
can Revitalize Education. I: Stewart SI, Donaldson M,
Csikszentmihalyi M, Nakamura J. (red.). Applied Positive
Psychology: Improving Everyday Life, Health, Schools,
Work and Society. London: Routledge, 2011.
60. Eysenck HJ, Eysenck SBC. Personality Structure and Mea-
surement. London: Routledge, 1969.
61. Mischel W, Ebbesen EB, Zeiss AR. Cognitive and attenti-
onal mechanisms in delay of gratification. Journal of Per-
sonality and Social Psychology, 21 (2): 204-218, 1972.
62. Heckman JJ. Schools, Skills, and Synapses. Economic
Inquiry 46, 289-324, 2008.
63. Andersen B. Morgenhymne i: Personlige papirer. Borgens
Forlag, 1974.
64. Antonovsky, A. (1979). Health, Stress and Coping. Lon-
don: Jossey-Bass; Antonovsky, A. (1987). Unravelling the
mystery of health: How people manage stress and stay
well. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
65. RS. Kauai's Children Come of Age. University Press of
Hawaii, 1977
66. Maribo, T, Ibsen, C, Thuesen J. et al. (red.). Hvidbog om
rehabilitering. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark),
2022.
67. Foucault, M. Galskabens historie i den klassiske periode.
København: Det Lille Forlag), 2003.
68. arvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red.). At skabe en klient. Om
institutionelle identiteter i socialt arbejde. København:
Hans Reitzels Forlag, 2003.
69. Sundhedsstyrelsen, 2020.
70. Løgstrup, K.E. (1956). Den etiske fordring. København:
Gyldendal).

❖ Bilag

Bilag 1: Interviewguide

Interviewguide

Tak for jeg må få lov til at komme og tale med dig i dag.

Formålet med dette interview er at få et indblik i, hvad det er, der gør, at nogle borgere klarer sig godt, på trods af alle de udfordringer hverdagen kan bringe.

Jeg vil stille dig nogle spørgsmål, som vi mener har betydning for at kunne klare sig godt. Derfor vil jeg spørge ind til, hvordan dit liv har været før, og hvordan det er i dag, fx hvordan dit sociale liv er, hvordan dit helbred er, og hvad du får din dagligdag til at gå med.

Alt hvad du siger i dette interview, vil blive behandlet anonymt, det vil sige, at ingen vil få at vide, hvad du har sagt, og hvis noget af det, du siger, bliver citeret i den færdige rapport, kan man ikke se, det er dig, der har sagt det.

Må jeg få lov at optage interviewet?

Husk Samtykkeerklæring på at bruge udtalelser til rapport.

Bilag 2: Spørgeguide

Spørgeguide

1. Indledning

1.1 Hvad hedder du, hvor bor du, bor du alene/sammen med familie/venner, og hvor gammel er du?

1.2 Hvor længe er du kommet her i Cafeen / på Center for Trivsel og Netværk?

2. De seneste livsår

2.1 Hvordan er dit liv nu, hvor du er voksen?

- Er du flyttet?
- Bor du tæt på/sammen med din familie?

2.2 Klarer du selv alt i din hverdag?

- Får hjælp til xx af familie/naboer/venner?
- Hvem hjælper med hvad?
- Hjælper du andre?
- Hvad hjælper du andre med?

2.3 Er der noget der er særligt udfordrende?

- Styre din økonomi?
- Tage offentlig transport?
- Købe ind?

2.4 Vil du fortælle om de tidspunkter, hvor du er aktiv?

- Interesser i hjemmet?
- Uden for hjemmet?
- Dyrker du noget motion?
- Har du fået nye interesser og/eller hobbyer som voksen?
- Hvad holder du af?

2.5 Vil du fortælle om de stunder/timer, hvor du er sammen med andre?

- Familie? Venner?
- Hvordan er kontakten?
- Hvor ofte?

2.6 Vil du fortælle om de stunder/timer, hvor du er alene?

- Hvad laver du?
- Nyder du det?
- Er det trist at være alene?

2.7 Hvilken betydning har religion for dig?

- Regelmæssigt i kirke?
- Andre trossamfund?
- Ikke troende?
- Er blevet mere troende med alderen?

2.8 Er der nogle (geografiske) steder, der har en særlig betydning for dig?

- Hvis ja – hvorfor lige netop dette sted/ disse steder

2.9 Har du et kæledyr?

- Hvis ja - hvad betydning har det for dig?

2.10 Vil du beskrive en typisk tirsdag og en typisk søndag for mig?

- Har du nogle faste vaner, noget du altid har gjort?
- Står du op på et bestemt tidspunkt og går du i seng på et bestemt tidspunkt?
- Er det med til at skabe struktur i din hverdag?
- Har du ændret vaner/traditioner fra dit ungdomsliv til nu?

3. Hvordan opfatter du dig selv og dit liv?

3.1 Hvad er din egen opfattelse af din personlighed?

- Stille og rolig?
- Temperament?
- Godt humør?
- Svært ved at vise følelser?
- Midtpunkt i selskab?
- Indadvendt/ udadvendt?
- Tøven/ handlekraft?
- Beslutsom/ ubeslutsom?
- Tilbageholdende/ dominerende?
- Usikker/ selvsikker?
- Realistisk/ drømmende?
- Individuel/ social?
- Analytisk/ kreativ?
- Lav selvdisciplin/ stor selvdisciplin?
- Vedholdende/ utålmodig?

❁ Bilag 2: Spørgeguide

3.2 Hvordan synes du din selvtillid er på en skala fra 1-10? (1 er meget lavt selvtillid og 10 er meget høj selvtillid)

- Lav selvtillid: fx jeg tør ikke sige min mening i store forsamlinger
- Høj selvtillid: fx jeg kan altid klare alle hverdagens udfordringer

3.3 Hvordan synes du dit selvværd er på en skala fra 1-10? (1 er meget lavt selvværd og 10 er meget højt selvværd)

- Højt selvværd (for højt): fx jeg kan klare alle situationer, som livet byder og laver ikke fejl
- Lavt selvværd: fx jeg tror, at de udfordringer jeg støder på, skyldes at der er fejl i mig som menneske

3.4 Har du oplevet store sorger i dit liv? Hvis ja hvordan har du tacklet det?

3.5 Har du oplevet store glæder i dit liv? Hvis ja vil du fortælle om en eller flere af dem?

3.6 Hvordan har dit liv været hvis du tænker på din sundhed?

- Har du været aktiv hjemme og i fritiden/på arbejde?
- Lever du op til SST's (Sundhedsstyrelsen) anbefalinger om motion? (SST: 30 min. mindst 5 dage om ugen)
- Har du røget? Lever du op til SST's anbefalinger? (SST: Stop rygning)
- Hvordan er dit alkoholforbrug? Lever du op til SST's anbefalinger om alkoholforbrug? (SST: Højest 10 genstande om ugen. Højest 4 genstande på samme dag).
- Kostvaner? Lever du op til SST's anbefalinger? (SST: Kostpyramiden)
- Har du oplevet perioder med stress?
- Har du eller har du haft et overforbrug af rusmidler og/eller alkohol? Hvis ja til overforbrug, hvor gammel var du, da du startede?

3.7 Fejler du noget?

- Tit forkølet?
- Vrøvl med ryggen?
- Bøvler med tænderne?

3.8 Hvordan synes du dit helbred er?

- Lidt gigt?
- Højt blodtryk?
- Lidt svimmel?
- Træt?

3.9 Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?

(Kun ét kryds)

Fremragende	1
Vældig godt	2
Godt	3
Mindre godt	4
Dårligt	5

3.10 Hvor ofte har du følt dig nervøs eller stresset indenfor den sidste måned?

(Kun ét kryds)

Aldrig	1
Næsten aldrig	2
En gang imellem	3
Ofte	4
Meget ofte	5

3.11 Hvad med din søvn, sover du godt og regelmæssigt?

3.12 Er der noget der er særligt udfordrende?

- Kontakte lægen, når der er problemer?
- Bede familie eller venner om hjælp?

❁ Bilag 2: Spørgeguide

4. Barndom - ungdom

4.1 Vil du fortælle mig om dine forældre?

- Hvor var de født? Lever de stadig? Hvad er/var deres erhverv? Nogen særlige personlighedstræk? Hvordan klarede de sig?
- Havde dine forældre hjælp fra psykiatrien/kommunen?
- Traditioner i barndommen (Familietraditioner? Højtidere? Sommerudflugter? Ferier?)
- Har du søskende? Hvad nummer er du i søskenderækken?
- Begivenheder i barndommen (Noget som gør dig stolt, ked af det, glad, skaber sorg eller angst?)
- Hvordan var din barndom?
- Skoletiden (Hvilke fag var du specielt glad for? Lærere du husker? Episoder du husker specielt? Mobning? (Faglige) Succesoplevelser? Afsluttet skolegang?)
- Fødested og opvækstmiljø (By/land, Hvordan var barndomshjemmet?)
- Svigt

4.2 Hvilke andre i familien eller venner var du tæt knyttet til?

- Hvem?
- På hvilken måde?
- Har du stadig kontakt til nogen af dem?
- Barndoms-/ungdomsvenner (Hvem betød meget for dig? Hvilke oplevelser delte I?)
- Fællesskaber (på godt og ondt)

4.3 Hvornår flyttede du hjemmefra?

- Var du på efterskole/højskole?
- Flyttede du for dig selv?
- Flyttede du sammen med en anden?
- Har du nogensinde været på opholdssted eller boet på botilbud?

4.4 Vil du beskrive en typisk tirsdag og en typisk søndag som den var i din barndom for mig?

- Fx jeg gik til håndbold om tirsdagen så jeg spiste ikke aftensmad med familien
- Min far hentede altid rundstykker om søndagen
- Stod du op på et bestemt tidspunkt og gik du i seng på et bestemt tidspunkt?
- Jeg havde faste pligter

5. Ungdom og tidlige voksenlivet

5.1 Fortæl mig om dit liv som ung/voksen.

- Du flyttede hjemmefra da du xxx (svaret i spørgsmål 4.3) hvad skete der herefter?

5.2 Familien

- Fortæl mig om din familie (Er eller har du været gift? Hvor gammel var du? Skilsmisser? Svigerfamilien?)
- Har du nogen børn? (Hvor mange? Hvad laver de? Har de stiftet familie? Har du nogen kontakt med dem?)
- Har du børnebørn? (Hvad laver de? Har du nogen kontakt med dem?)
- Traditioner eller begivenheder i familien (Ferien? Hvilke traditioner husker du bedst?)
- Rolle i familien? (Tager initiativer til fællesskab? Madlavning? Det praktiske? Børnene?)

5.3 Borgere der har boet på opholdssted/bosted hele eller dele af barndommen eller voksenlivet (NB: spørgsmål 4.3) – hvis ikke springes spørgsmålet over.

- Hvor længe boede du på opholdsstedet (bostedet)?
- Havde du tætte relationer (til personale eller andre beboere) på opholdsstedet/bostedet?
- Har du stadig kontakt til dine tætte relationer fra den periode? (Hvor ofte, har I fælles interesser? Hvad laver I, når I er sammen?)
- Var du på opholdsstedet/bostedet hele tiden? (Hvor ofte var du på besøg hjemme, hvad med højtider?)
- Var der faste traditioner? Hvis ja hvilke?
- Hvordan deltog du i fællesskabet? (Madlavning, rengøring, sociale arrangementer, motion)
- Rolle i opholdsstedet/i bostedet? (var du den der tog initiativ fx arrangerede 'fester' eller løbature)

5.4 Venner og fællesskaber

- Fortæl mig om dine venner (Er det langvarige venskaber? Nye venskaber? Har du mange? Hvor tætte er I? Hvor ofte ses I? Hvad laver I sammen?)
- Hvilke fællesskaber er du med i? (Cafeen? Selvudviklingsgrupper?)
- Har du haft kontakt til peer her i kommune eller i psykiatrien?
- (Peer = frivillig eller medarbejder der fungerer på baggrund af egne levede psykiatrierfaringer)
- Har du nogle venner, som du har haft en fast relation til lige fra barndommen/ungdommen til nu?
- (Hvem? På hvilken måde? Har du stadig kontakt til nogen af dem?)

❁ Bilag 2: Spørgeguide

5.5 Fortæl om dit arbejdsliv.

- Har du altid arbejdet – fuld tid eller deltid?
- Har du været på kontanthjælp eller andre ydelser i længere tid?
- Uddannelse?
- Hvilke arbejdspladser?
- Hjemmegående?
- Hvilken betydning har dit arbejde for dig?
- Hvad betyder mest for dig ved dit arbejde?
- Perioder med arbejdsløshed?
- Perioder med fravær fra arbejde fx sygdom, barselsorlov?
- Hvis du ikke har et arbejde hvad skyldes det så?

5.6 Har du boet andre steder, end der hvor du bor nu?

- Hvilke steder?
- Lejlighed/hus?
- Land/by?

5.7 Fortæl om dine interesser og/eller hobbyer.

- Sport/idræt?
- Museer?
- Kunst?
- Musik?
- Spil?
- Natur?

5.8 Vil du beskrive en typisk tirsdag og en typisk søndag, som den er i dit voksne liv for mig?

- Fx jeg sørger altid for madpakker til hele familien.
- Er der nogle 'vaner'/traditioner du har taget med fra din barndom?
- Står du op på et bestemt tidspunkt og går du i seng på et bestemt tidspunkt?

6. Afrunding

6.1 Hvad er det mest betydningsfulde/vigtigste for dig fremover?

- Fællesskab?
- Tryghed?
- Selskab?
- At klare sig selv?
- Se dine nærmeste?
- Undgå sygdom?
- Nævn mindst 3 vigtige værdier

6.2 Hvorfor klarer du dig så godt?

6.3 Har du et netværk, der kan hjælpe dig, når der opstår behov?

6.4 Hvor henter du din energi fra?

6.5 Får du anden støtte fra Kommunen eller frivillige organisationer, end den vi yder?

6.6 Kan Gentofte Kommune gøre noget, for at du kan blive bedre hjulpet?

- Hvad er godt?
- Hvad kan være bedre?

✿ Bilag 3: WHO-5 trivselsskala

WHO-Fem Trivselsindeks (WHO-5)

I de sidste 2 uger		Hele tiden	Det meste af tiden	Lidt mere end halvdelen af tiden	Lidt mindre end halvdelen af tiden	Lidt af tiden	På intet tidspunkt
1	.. har jeg været glad og i godt humør	5	4	3	2	1	0
2	.. har jeg følt mig rolig og afslappet	5	4	3	2	1	0
3	.. har jeg følt mig aktiv og energisk	5	4	3	2	1	0
4	.. er jeg vågnet frisk og udhvilet	5	4	3	2	1	0
5	.. har min dagligdag været fyldt med ting der interesserer mig	5	4	3	2	1	0

Total score x 4 =

Kontakt

Gentofte Kommune

Gentofte Rådhus
Bernstorffsvej 161
2920 Charlottenlund

Email: gentofte@gentofte.dk
Telefon: 3998 0000

gentofte.dk