



SOCIALT UDSATTE BORGERES SUNDHED

- barrierer, motivation og muligheder

2007

Undersøgelse som led i projekt LIGHED I SUNDHED

Socialt udsatte borgeres sundhed

- barrierer, motivation og muligheder
Undersøgelse som led i projekt Lighed i sundhed

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af SFI, Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (tidligere Socialforskningsinstituttet), som er ansvarlig for rapportens udformning og indhold.

Forfatterne er Linda Thorsager og Mia Schneider

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: <http://www.sst.dk>

Kategori: Udredning

Emneord: Sundhedsfremme, forebyggelse, socialt udsatte, holdninger, kommuner

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 28. september 2007

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-548-4

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, september 2007

Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af en undersøgelse af udvalgte socialt udsatte borgeres interesse for sundhed og helbred samt de muligheder og barrierer, de oplever i forhold til at tage vare på egen sundhed.

Undersøgelsen er et led i projekt ”Lighed i sundhed”, der gennemføres i perioden 2006-2009 i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og seks modelkommuner. Formålet med projektet er at udvikle metoder til at reducere social ulighed i sundhed. Der er udvalgt tre målgrupper: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse faglærte og ufaglærte. De enkelte kommuner har selv defineret hvem – inden for de nævnte målgrupper – der indgår i projektet.

Resultaterne af denne undersøgelse skal primært bidrage til at styrke de seks modelkommuners tilrettelæggelse af en sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for socialt udsatte borgere, men også andre kommuner vil kunne lade sig inspirere af rapporten.

Mens der er stor viden om social ulighed i sundhed, er vidensgrundlaget om effektive indsatser svagt. En tidligere rapport fra Sundhedsstyrelsen, ”Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed – planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper” peger – blandt en række forhold – på vigtigheden af at inddrage målgruppen i planlægning og implementering.

Arbejdet med de socialt udsatte borgeres sundhed må ses i sammenhæng med kommunens sundhedspolitik. Det er også vigtigt, at de faggrupper, der skal arbejde med målgruppen, sikres den opkvalificering, der er nødvendig, og at man på ledelsesniveau støtter op om indsatsen gennem politikker og handleplaner.

Undersøgelsen fokuserer på, hvordan der kan skabes en positiv dialog med de udsatte grupper ud fra deres erfaringer, ressourcer og løsningsmetoder. Undersøgelsen inddrager medarbejdere, der i kontakt med målgruppen og er nøglepersoner for etablering af både tilbud og rammer. Ledelsen i kommunerne indgår ikke i undersøgelsen, men er selvfølgelig central for implementeringen.

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. Stud. scient. soc. Rikke Plauborg, stud. scient. soc. Eva Mikkelsen og stud. scient. soc. Mia Schneider har foretaget interviewene. Rapporten er udarbejdet af forskningsassistent Linda Thorsager, og seniorforsker Steen Bengtsson har fungeret som projektleder.

En stor tak til København, Gladsaxe, Greve, Vordingborg, Odense og Jammerbugt kommuner, deres medarbejdere og de borgere, der har stillet sig til rådighed for undersøgelsen. En særlig tak til undersøgelsens følgegruppe med repræsentanter fra de enkelte kommuner. En tak rettes endvidere til Lektor Ulla Christensen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Hun har kritisk kommenteret et sidste udkast til rapporten, men det skal understreges, at det er SFI, som har ansvaret for rapportens endelige udformning og indhold.

København, september 2007

Else Smith
Centerchef

Indhold

| | | |
|----------|---|-----------|
| 1 | Resumé | 6 |
| 1.1 | Metode og målgrupper | 6 |
| 1.2 | Resultater og Analyse | 6 |
| 1.2.1 | Analysedel 1 Opfattelser af sundhed fordelt på målgrupperne | 6 |
| 1.2.2 | Analysedel 2 Vigtige temaer for det sundhedsfremmende arbejde | 7 |
| 1.3 | Gode råd | 8 |
| 2 | Indledning, metode & målgrupper | 9 |
| 2.1 | Baggrund | 9 |
| 2.2 | Rapportens opbygning | 9 |
| 2.3 | Formål | 10 |
| 2.4 | Centrale begreber | 10 |
| 2.5 | Materialets omfang | 11 |
| 2.6 | Resultaternes repræsentativitet | 11 |
| 2.7 | Valg af metode | 12 |
| 2.8 | Interviewguide | 13 |
| 2.9 | Bearbejdning af interview | 14 |
| 2.10 | Præsentation af de tre målgrupper | 15 |
| 2.10.1 | Kontanthjælpsmodtagerne | 15 |
| 2.10.2 | Førtidspensionisterne | 15 |
| 2.10.3 | De arbejdsløse | 16 |
| 2.10.4 | Generelt om målgrupperne | 16 |
| 3 | Analyse del 1 Opfattelser af sundhed fordelt på målgrupperne | 17 |
| 3.1 | Kontanthjælpsmodtagerne | 17 |
| 3.1.1 | Om sundhed | 17 |
| 3.1.2 | Oplevelse af egen sundhed | 18 |
| 3.1.3 | Oplevelse af barrierer | 18 |
| 3.1.4 | Motivation og muligheder | 20 |
| 3.2 | Førtidspensionisterne | 21 |
| 3.2.1 | Om sundhed | 21 |
| 3.2.2 | Oplevelse af egen sundhed | 21 |
| 3.2.3 | Oplevelse af barrierer | 22 |
| 3.2.4 | Motivation og muligheder | 23 |
| 3.3 | De arbejdsløse faglærte og ufaglærte | 24 |
| 3.3.1 | Om Sundhed | 24 |
| 3.3.2 | Oplevelse af egen sundhed | 24 |
| 3.3.3 | Oplevelse af barrierer | 25 |
| 3.3.4 | Motivation og muligheder | 25 |
| 3.4 | Medarbejderne | 27 |
| 3.4.1 | Oplevet rolle | 27 |
| 3.4.2 | Oplevede barrierer hos borgerne | 27 |
| 3.4.3 | Barrierer hos medarbejderne | 28 |
| 3.4.4 | Medarbejdernes erfaringer og forslag | 30 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.5 | Fortolkning og perspektivering | 32 |
| 3.5.1 | Kontanthjælpsmodtagerne | 32 |
| 3.5.2 | Førtidspensionisterne | 32 |
| 3.5.3 | De arbejdsløse | 33 |
| 3.5.4 | Medarbejderne | 33 |
| 4 | Analyse del 2 | |
| | Vigtige temaer for det sundhedsfremmende arbejde | 35 |
| 4.1 | Kløft mellem viden og handling | 35 |
| 4.2 | Meningsfuldhed | 37 |
| 4.3 | Tilgængelighed | 37 |
| 4.4 | Det sociale element | 38 |
| 4.5 | Stigmatisering | 39 |
| 4.6 | Fornøjelse og frivillighed | 40 |
| 4.7 | Økonomi | 40 |
| 4.8 | Sammenfatning | 41 |
| 5 | Opsummering og gode råd | 42 |
| 5.1 | Afrunding | 45 |
| 6 | Litteratur | 46 |
| 7 | Bilagsfortegnelse | 48 |

1 Resumé

Denne rapport præsenterer resultaterne af en kvalitativ undersøgelse af holdninger til og interesse for sundhed blandt en udvalgt gruppe borgere, som har det tilfælles, at de står uden for arbejdsmarkedet. Undersøgelsen er gennemført for Sundhedsstyrelsen af SFI – Det nationale Forskningscenter for Velfærd, som er ansvarlig for rapportens udformning og indhold

1.1 Metode og målgrupper

Undersøgelsen baserer sig på interview med 63 borgere fra en af tre følgende grupper: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere samt arbejdsløse faglærte og ufaglærte. Materialet består endvidere af 12 fokusgruppeinterview inden for de tre grupper, samt 6 dialogmøder med medarbejdere, som er i kontakt med målgrupperne.

Gennem en analyse og fortolkning af de udvalgte repræsentanters oplevelser af muligheder og begrænsninger i forhold til at leve sundt, er det undersøgelsens formål at inspirere modelkommunerne i arbejdet med at fremme sundheden blandt socialt udsatte grupper. Læsere, som først og fremmest er interesserede i resultater, analyse og gode råd, kan gå direkte til denne del af rapporten (se afsnit 3, 4 og 5).

1.2 Resultater og Analyse

1.2.1 Analysedel 1

Opfattelser af sundhed fordelt på målgrupperne

I rapportens Analysedel 1 præsenterer vi først resultaterne for de enkelte målgrupper af borgere og medarbejdere med fokus på at afdække deres holdninger til og interesse for sundhed samt deres motivation og oplevelse af barrierer. Der viser sig at være en del fællestræk på tværs af de tre målgrupper, disse beskrives mere indgående i Analysedel 2. Grupperne adskiller sig dog fra hinanden på følgende måde:

Kontanthjælpsmodtagerne

De interviewede kontanthjælpsmodtagere oplever i højere grad end de andre interviewede deres hverdag som meningsløs. Mange finder dagligdagen på aktiveringsstederne demotiverende. Det gælder også i forhold til at gøre noget ved deres sundhed. En stor del af kontanthjælpsmodtagerne har desuden forskellige fysiske og psykiske lidelser og oplever disse som en forhindring for at leve sundere.

Førtidspensionisterne

Der er kun få blandt de interviewede førtidspensionister, som går op i deres fysiske sundhed. En del er derimod bevidste om og bekymrede for deres psykiske sundhed. Mange føler sig ensomme og savner noget eller nogen at stå op til. Samtidig er mange glade for og benytter sig flittigt af væresteder og botilbud, som bl.a. tilbyder socialt samvær og et varmt måltid mad.

De arbejdsløse faglærte og ufaglærte

I denne undersøgelse er målgruppen arbejdsløse afgrænset til personer med børn. Det afspejler sig i de interviewedes opfattelse af sundhed som tæt koblet til deres

børns sundhed. Ofte er deres egen sundhed gledet i baggrunden til fordel for børnenes sundhed. Desuden savner mange det sociale samvær, som de har kendt fra deres tidligere arbejdspladser og tiden, før de fik børn

Endelig er medarbejdere, som arbejder med målgrupperne, blevet spurgt om, hvordan de ser deres rolle i arbejdet med borgernes sundhed.

Medarbejderne

Blandt de interviewede medarbejdere er der både skeptikere og optimister i forhold til et øget fokus på at arbejde med sundhed blandt socialt udsatte borgere. Mange mener, at det kan være grænseoverskridende at skulle blande sig i et så potentielt følsomt emne, mens andre giver udtryk for, at en dialog med borgerne omkring sundhed ligger i naturlig forlængelse af det arbejde, de allerede udfører. Langt de fleste af medarbejderne er dog enige om, at man må gå langsomt frem, hvis man skal have succes med at fremme sundheden blandt socialt udsatte, bl.a. fordi mange i denne gruppe i forvejen har en stor skepsis over for det offentlige system.

Sammenholdt med de interviewede borgeres tilkendegivelser virker det, som om medarbejderne har en god fornemmelse for de særlige forhold ved denne borgergruppe. Samtidig efterspørger flere medarbejdere en yderligere faglig opkvalificering i forhold til at skulle arbejde med socialt udsattes sundhed.

1.2.2 Analysedel 2

Vigtige temaer for det sundhedsfremmende arbejde

I analysedel 2 præsenterer vi en række gennemgående temaer i interviewmaterialet, som det er væsentligt at holde sig for øje, når man arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til socialt udsatte. Det drejer sig om følgende:

Kløft mellem viden og handling

I modsætning til hvad man måske kunne forvente, tyder denne undersøgelse ikke på, at det primært er viden, målgrupperne mangler, for at kunne leve sundere. De giver udtryk for en basal viden om de sundhedsmæssige konsekvenser af kostvaner, fysisk aktivitet osv. Det er imidlertid – ifølge deres eget udsagn – ikke en viden, som i særlig stort omfang får dem til at ændre på deres sundhedsmæssigt dårlige vaner. Mange ville gerne leve sundere, men magter det ikke, fordi det kræver et overskud, som de ikke har. Det er imidlertid ikke muligt at sige, om den viden, borgerne har, er for teoretisk og abstrakt til, at de kan anvende den i deres praktiske liv. Derudover kan følgende forhold være en del af forklaringen på kløften mellem viden og handling.

Meningsfuldhed

En af de væsentligste årsager til at de interviewede ikke oplever, at de har noget overskud til at interessere sig for deres helbred, er deres oplevelse af en generel mangel på mening i tilværelsen. Mange føler ikke, at de har noget at stå op til. På aktiveringsstederne er oplevelsen af meningsløshed særlig markant. Mange er frustrerede over ikke at lave noget, der giver mening for dem, og oplever dagligdagen på stederne som decideret demotiverende for at ændre deres livsstil i en sundere retning.

Tilgængelighed

Tilgængelighed er et vigtigt element i sundhedsfremme og forebyggelse. Undersøgelsen viser, at mange borgere i målgrupperne ikke er udpræget motiverede og har begrænset overskud til selv at ændre deres sundhed. Derfor er det væsentligt, at de sunde valg er let tilgængelige. Det gælder praktisk, tidsmæssigt, økonomisk og mentalt. Hvis borgerne fx skal rejse langt eller betale mange penge for at dyrke motion, ville de oplagt vælge det fra. Ligeledes er det vigtigt, at man også mentalt arbejder med at ændre holdningerne hos målgruppen, så de får øje på de sunde valg som tilgængelige.

Det sociale element

Livet uden for arbejdsmarkedet kan til tider være præget af social isolation. Mange af de borgere, vi har talt med, giver udtryk for, at de sætter pris på og til tider savner socialt samvær. Endvidere mener mange, at det sociale samvær kunne være en væsentlig motivationsfaktor i forhold til at engagere sig i sundhedsfremmende tilbud.

Stigmatisering

For en del af de interviewede borgere er det væsentligt, at eventuelle sundhedsfremmende tilbud ikke kommer til at fungere som en yderligere stigmatisering af folk uden for arbejdsmarkedet. De ønsker ikke at skille sig ud som fx arbejdsløse motionister, men vil gerne lave sportslige aktiviteter sammen med ikke-arbejdsløse.

Fornøjelse og frivillighed

Hvis forskellige sundhedsfremmende tilbud skal blive en succes, er det ifølge de borgere, vi har talt med, vigtigt, at de ikke føler sig tvunget til at deltage, men frivilligt accepterer at være med. Endvidere er det vigtigt at tænke morskab og glæde ind i de sundhedsfremmende projekter, så det ikke bliver en sur pligt eller endnu et krav, som borgerne ikke kan honorere.

Økonomi

Endelig fylder det meget i de flestes bevidsthed, at de har meget begrænsede midler til rådighed, og at de føler det som en begrænsning for at leve sundt. Ud over eventuel økonomisk støtte ligger den væsentligste opgave derfor i at hjælpe borgerne til en sundere livsstil med de midler, som de har til rådighed. Det kan bl.a. ske ved at gøre dem opmærksomme på gratis aktiviteter og mulighederne for at omprioritere egne midler.

1.3 Gode råd

Rapporten afsluttes med en række gode råd og inspiration til det sundhedsfremmende arbejde for socialt udsatte borgere. For en udførlig beskrivelse af disse kan læsere gå direkte til *Opsummering og gode råd* (se afsnit 5). Disse råd skal opfattes som vores udlægning af budene fra de personer, som har bidraget til undersøgelsen, og er ikke et efterprøvet bud på, hvilke sundhedsfremmende indsatser der vil virke over for socialt udsatte generelt. De gode råd strækker sig fra en advarsel mod at fokusere ensidigt på fysisk sundhed på bekostning af socialt velvære til et råd om at klæde medarbejderne på fagligt til arbejdet med borgernes sundhed.

2 Indledning, metode & målgrupper

2.1 Baggrund

Forebyggelse og sundhedsfremme er kommet på den kommunalpolitiske dagsorden, efter at kommunerne med Sundhedsloven af 2005 har fået hovedansvaret for at skabe sunde rammer og etablere forebyggende tilbud, der kan understøtte borgerne i en sundere livsstil.¹ Med opmærksomheden på den almene befolknings sundhed er der kommet større fokus på det forhold, at de sundhedsmæssige problemer er flere og mere massive hos socialt udsatte grupper sammenlignet med befolkningen som helhed (se fx Kudahl, 2007; Rasmussen, 1999; Brønnum-Hansen & Baadsgaard, 2007; Ingerslev et al., 1994; Ekholm et al., 2007 og Diderichsen et al., 2006).

Denne rapport er resultatet af en kvalitativ forundersøgelse, som Sundhedsstyrelsen har bedt SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (tidligere Socialforskningsinstituttet) foretage som led i projekt Lighed i sundhed.² Vi har gennemført interview og dialogmøder med hhv. borgere og medarbejdere i de seks kommuner, som indgår i projektet. De seks kommuner er København, Odense, Greve, Jammerbugt, Gladsaxe og Vordingborg. Rapportens umiddelbare formål er at inspirere modelkommunerne og Sundhedsstyrelsen til det videre arbejde.

Projekt Lighed i sundhed retter sig mod tre målgrupper, som er særligt socialt og sundhedsmæssigt udsatte: førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere samt arbejdsløse faglærte og ufaglærte³. Inden for hver af de tre hovedmålgrupper henvender projekterne i de enkelte kommuner sig til specifikke undergrupper, som kommunerne har fastsat ud fra Sundhedsstyrelsens retningslinier.⁴ Det er disse grupper, vi fokuserer på i forundersøgelsen. Det er oplagt, at ikke alle borgere inden for grupperne kan betragtes som socialt udsatte. Der er imidlertid stor sandsynlighed for, at man som ”medlem” af de tre målgrupper befinder sig i en dårligere sundhedsmæssig situation end gennemsnittet af befolkningen.

Udgangspunktet for projekt Lighed i sundhed er, at projektets mål kun kan nås i et samspil mellem borgerne og de kommunalt ansatte. Derfor beskæftiger forundersøgelsen sig også med de grupper af medarbejdere, som har kontakt med undersøgelsens målgrupper.

2.2 Rapportens opbygning

Efter at have redegjort for forundersøgelsens baggrund og formål definerer vi de centrale begreber i undersøgelsen. Dernæst introducerer vi undersøgelsens målgrupper nærmere og redegør for de metodiske overvejelser, vi har gjort os om formulering af interviewguide, udvælgelse af interviewpersoner o.l. Herefter kommer rapportens to primære kapitler, hvor vi præsenterer analysen af interviewresultaterne. I det første af disse kapitler gengiver vi hovedpointerne fra svarene i de tre

¹ Sundhedsloven: Lov nr. 546 af 24. juni 2005

² Se <http://www.sst.dk> under Sundhed A-Å / Socialt udsatte / Lighed i sundhed

³ Kontanthjælpsmodtagere er i princippet også arbejdsløse, men betegnelsen ”arbejdsløse” er i projektet reserveret til gruppen af dagpengemodtagere, og det bruges derfor i denne betydning i den indeværende rapport.

⁴ Se www.sst.dk under Sundhed A-Å/Socialt udsatte/Lighed i sundhed

målgrupper samt fra dialogmøderne med medarbejderne. I det andet analysekapitel giver vi en mere tematisk analyse og perspektivering af interviewene. Til slut samler vi trådene fra analysen til en række gode råd og inspiration til, hvordan kommunerne kan bidrage til at fremme sundheden for socialt udsatte.

2.3 Formål

Formålet med forundersøgelsen er:

- At afdække holdninger til og interesse for sundhed blandt udvalgte repræsentanter for de tre målgrupper i projekt Lighed i sundhed.
- At identificere muligheder og barrierer for at tage vare på egen sundhed, sådan som de interviewede personer oplever dem.
- På baggrund af ovenstående at komme med inspiration til det sundhedsfremmende arbejde i de seks modelkommuner.

2.4 Centrale begreber

Udgangspunktet for at arbejde for en større lighed i sundhed er, at der eksisterer en betydelig social ulighed og skævhed i forhold til sundhed (se fx Kristiansen et al., 2007). Det betyder, at de dårligst stillede grupper i langt højere grad end resten af befolkningen lever under forhold og har en livsstil, der har negative konsekvenser for deres helbred.

Som led i projekt Lighed i sundhed er der gennemført et litteraturstudium (Kristiansen et al., 2007). Her defineres *social ulighed i sundhed* som følger: "Ulighed i sundhed er potentielt undgåelige forskelle i sundhed (eller i sygdomsrisici, som kan påvirkes af policy) mellem grupper af mennesker, der er forskelligt stillede socialt set. Disse forskelle placerer systematisk socialt udsatte grupper i en yderligere sårbar sundhedsmæssig situation" (Braveman, 2006 refereret i Kristiansen et al., 2007).

Det er denne forståelse, vi forudsætter i rapporten her. For at fremme lighed i sundhed drejer det sig følgelig om at give de socialt udsatte mulighed for at komme ud af den situation, hvor de systematisk har dårligere chancer end andre borgere for at leve et sundt liv.

Endvidere definerer vi med inspiration fra litteraturstudiet *socialt udsatte*, som "grupper uden for arbejdsmarkedet med lav indkomst samt kort eller ingen uddannelse" (Kristiansen et al., 2007). Selv om det langt fra er alle inden for målgrupperne førtidspensionister, kontanthjælpsmodtagere og arbejdsløse, der er dårligt stillede indkomst- og uddannelsesmæssigt, er der alt andet lige mange, som ud fra ovenstående definition kan betegnes som socialt udsatte.

Endelig opererer vi i rapporten med begreberne sundhedsfremme og forebyggelse. *Sundhedsfremme* anvendes om det at skabe rammer og muligheder for at øge ressourcer og handlekompetence hos borgerne med henblik på at fremme sundheden. *Forebyggelse* betegner sundhedsrelaterede aktiviteter, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer eller ulykker, og som dermed sigter på at fremme folkesundheden (Sundhedsstyrelsen 2005).

I det følgende afsnit vil vi gå ind i en nærmere præsentation af vores metodiske fremgangsmåde samt af de tre målgrupper i undersøgelsen.

2.5 Materialets omfang

I rapporten præsenterer vi resultater, analyse og fortolkning af følgende materiale:

- **kvalitative enkelt- og dobbeltinterview med 63 personer:** 34 kontanthjælpsmodtagere fordelt på fire kommuner, 13 førtidspensionister, herunder 6 psykisk syge, 3 psykisk udviklingshæmmede og 4 misbrugere, og 10 arbejdsløse⁵.
- **12 fokusgruppeinterview:** 6 fokusgrupper med kontanthjælpsmodtagere, 3 med førtidspensionister og 3 med arbejdsløse. Grupperne havde 2 til 8 deltagere.
- **6 dialogmøder** med medarbejdere (ledere, sagsbehandlere og andre former for frontlinjepersonale); ét møde i hver kommune med 4 til 8 deltagere.

2.6 Resultaternes repræsentativitet

Det er holdninger og opfattelser hos udvalgte personer inden for målgrupperne, vi kan sige noget om, og ikke fakta i forhold til deres sundhed, fx hvor sunde eller usunde de reelt er. Ved at se på, hvordan de forholder sig til sundhed, kan vi imidlertid få en fornemmelse af, hvilke indsatser interviewpersonerne opfatter som relevante og motiverende.

Det er vigtigt at understrege, at vores undersøgelse ikke kan gøre krav på at være repræsentativ hverken for målgrupperne eller for udsatte grupper uden for arbejdsmarkedet generelt. Det, vi præsenterer, er en kvalitativ interviewundersøgelse, som kan sige noget om sundhedsopfattelsen hos en udvalgt gruppe borgere, der har det tilfældes, at de står uden for arbejdsmarkedet. Forhåbentlig vil rapportens pointer også have relevans for andre i en lignende situation.

Rammerne for forundersøgelsen har tidsmæssigt været fastsat til fem måneder, hvilket er relativt kort tid til indsamling, bearbejdning og præsentation af de mange interview. På grund af tidspres har rammerne for forundersøgelsen været, at de seks kommuner selv har haft ansvaret for at lave interviewaftaler med borgere, som repræsenterer de forskellige undergrupper, fx arbejdsløse med børn, psykisk udviklingshæmmede førtidspensionister osv.⁶. Det er metodisk set problematisk, at kontakten til borgerne er foregået gennem kommunerne, fordi vi som forskere ikke har haft mulighed for at sikre neutralitet og repræsentativitet i udvælgelsen af interviewpersoner. Det betyder, at resultaternes gyldighed er mindre generel, resultaterne må derfor ses som udtryk for holdninger hos udvalgte personer inden for målgrupperne, ikke for målgruppernes holdninger generelt.

⁵ Den skæve fordeling med fire kommuner med kontanthjælpsmodtagere som målgruppe og kun én kommune med hhv. førtidspensionister og arbejdsløse ligger i projektets design og er derfor ikke noget, vi har haft indflydelse på.

⁶ Det er de enkelte kommuner, der har udvalgt hvilke undergrupper, der skal fokuseres på i projektet i Lighed i sundhed, fx førtidspensionister med misbrug eller kontanthjælpsmodtagere af anden etnisk baggrund end dansk. Vi har derfor ikke haft nogen indflydelse på denne udvælgelse.

2.7 Valg af metode

Undersøgelsens omdrejningspunkt er *holdninger og opfattelser* hos målgrupperne. Kvalitative metoder er netop velegnede til at undersøge aktørers perspektiver på fænomener som fx sundhed. Kvalitativ forskning er kendetegnet ved at generere data om aktørernes erfaringer, meninger, tanker, følelser, motivationer osv. (Launsø & Rieper, 2005: 127)

Vi har valgt at benytte os af to former for kvalitative metoder: dels *kvalitative forskningsinterview*, dels *fokusgruppeinterview*. Det kvalitative forskningsinterview er den personlige samtale om et af forskeren defineret emne. Styrken ved det kvalitative forskningsinterview er, at det giver bedre mulighed for at komme i dybden med et emne end fx spørgeskemaundersøgelser. Det forsøger at forstå verden fra interviewpersonens synspunkt (Kvale, 1997: 15).

Det kvalitative forskningsinterview kan være mere eller mindre styret fra interviewerens side. Vi har valgt at lave *semistrukturerede* interview. Det vil sige, at interviewereren tager udgangspunkt i en interviewguide med formulerede spørgsmål, men samtidig har mulighed for at springe rundt i guidens temaer og tilpasse spørgsmålene til den interviewede.

Desuden har vi så vidt muligt valgt at gennemføre disse interview som dobbeltinterview med to borgere ad gangen. Det begrundes i, at et dobbeltinterview kan være med til at skabe tryk hos de interviewede og sikre, at det er de interviewedes begreber og forståelser, der kommer til at styre interviewet frem for interviewerens, samt at vi har haft behov for at tale med mange borgere på kort tid. En risiko ved dobbeltinterview er, at den ene person kommer til at dominere, så den anden ikke kommer så meget til orde. Den risiko har vi dog søgt at minimere ved at forsøge at styre talletiden i tilfælde med mere og mindre talende interviewpersoner. På grund af manglende fremmøde har vi imidlertid måtte gennemføre nogle interview som enkeltinterview.

Fokusgruppeinterviewet er en planlagt og delvis styret samtale mellem en gruppe mennesker med fokus på et emne, som forskeren på forhånd har defineret (Brødsgaard & Hansen, 2001: 274; Bojlén & Lunde, 1995). Som det kvalitative forskningsinterview tager fokusgruppeinterviewet også udgangspunkt i på forhånd formulerede emner, og det giver mulighed for at få en dybere indsigt i de interviewedes holdninger og bevæggrunde. Fokusgruppeinterviewet kan imidlertid ikke betragtes som udtryk for en række enkeltpersoners holdninger, men det kan give indsigt i sammenhænge og opfattelsesstrukturer på tværs af grupper (Bojlén & Lunde, 1995). Interaktionen i en fokusgruppe åbner op for, at deltagernes tavse, dvs. uudtalte, viden kan komme frem i lyset i højere grad end ved interview med enkeltpersoner (Bak, 2005).

Projekt Lighed i sundhed er tænkt til at foregå i et samspil mellem borgere og kommunale medarbejdere. Derfor har vi valgt at tale med medarbejdere ved dialogmøder i hver kommune. Formålet med disse møder har været dels at få viden om målgrupperne, dels at undersøge medarbejdernes viden, holdninger, erfaringer, motivationer og barrierer i forhold til at skulle kommunikere med målgrupperne om sundhed.

Ved at benytte disse tre metoder har det været vores intention så vidt muligt at af-dække bredden i holdninger til sundhed og ideer til sundhedsfremmende tiltag. Særligt fokusgrupperne og dialogmøderne har været tænkt som idegenererende fora.

2.8 Interviewguide

For at spore os ind på, hvad det er vigtigt at spørge om, når man ønsker viden, som kan bruges til at ændre på folks sundhedsmæssige adfærd, har vi taget udgangspunkt i tre teorier på sundhedsområdet: the Health Belief Model, the Locus of Control Model og the Self Efficacy Model. Fælles for de tre teorier er, at de siger noget om baggrunden for individers sundhedsadfærd.

The Health Belief Model søger at forklare og forudsige individers sundhedsadfærd ud fra deres viden og holdninger (Becker, 1974; Janz & Becker, 1984 og Strecher & Rosenstock, 1997). Teorien antager, at individet vil handle rationelt i forhold til dets oplevelse af fx risikoen for sygdom som konsekvens af usund levevis, samt hvor alvorligt eventuelle sundhedsmæssige problemer opleves. Vi har brugt denne model som baggrund for at formulere spørgsmål under temaet *viden og holdninger*.

The Health Locus of Control Model behandler individers opfattelse af, i hvilket omfang deres helbred bestemmes af eksterne eller interne faktorer – dvs. enten som noget, individet selv kan afgøre, som noget særligt indflydelsesrige andre kan afgøre eller som et resultat af tilfældigheder (Rotter, 1966; Levenson, 1973 og Wallston et al., 1978). Vi har brugt teorien som baggrund for at formulere spørgsmål under temaet *struktur og vaner*.

The Self Efficacy Model antager, at det er individets oplevede evne til at have indflydelse på eller kunne opnå ting, som er bestemmende for vedkommendes handlinger, nærmere end individets faktiske evner (Bandura, 1977; Bandura, 2002 og Pajares, 2002). Teorien har dannet baggrund for temaet *stræben og målsætninger*.

Teoriene har dannet rammen for vores interviewguide, men inddrages derudover ikke yderligere, idet formålet med undersøgelsen ikke er at be- eller afkræfte teorier, men at få indblik i målgruppernes opfattelser og holdninger.

Vi har udledt af teoriene, at *viden og holdninger*, *struktur og vaner* samt *stræben og målsætninger* kan have betydning for menneskers sundhedsmæssige adfærd. Vi har derfor brugt disse begreber som overskrifter for tre temaer i vores interviewguide. Desuden har vi tilføjet *motivation* som en fjerde overskrift ud fra den betragtning, at en sundhedsmæssig indsats vil have størst chance for succes, hvis den tager udgangspunkt i brugernes egne behov og motivationer såvel inden for sundhedsområdet som generelt.

Under de fire overskrifter formulerede vi i første omgang en meget omfattende interviewguide med 24 spørgsmål for at sikre, at vi kom omkring alle de temaer, som Sundhedsstyrelsen havde ønsket at få belyst. Efter de første ugers interview udelod vi dog en del spørgsmål samt overskriften Struktur og vaner som en selvstændig overskrift. Det viste sig, at en del af spørgsmålene gav overlappende svar, samt at spørgsmålene under Struktur og vaner blev besvaret under andre overskrifter. Ligeledes var mængden af spørgsmål ikke frugtbar i forhold til at få interviewpersonerne til at reflektere og tale selv. Til de resterende interview brugte vi en interview-

guide med 13 spørgsmål. Begge udgaver af interviewguiden er vedlagt som bilag 1 og 2.

Med inspiration fra interviewguiden til de personlige interview formulerede vi en guide til fokusgruppeinterviewene med fem spørgsmål som oplæg til en diskussion (se bilag 3).

Interviewene blev foretaget af fire af undersøgelsens medarbejdere. Alle var instrueret i at bruge de uspecificerede spørgsmål som inspiration til, hvordan de kunne spørge til interviewguidens temaer, samt hvordan de kunne simplificere og afkorte guidens spørgsmål. Det var særligt relevant i forhold til nogle af interviewpersonerne med anden etnisk baggrund end dansk. De forskellige betegnelser – såsom ”aktiveringssteder” og ”væresteder” – blev skiftet ud alt afhængig af målgruppen. Til interviewene med de psykisk udviklingshæmmede under gruppen førtidspensionister vurderede vi endvidere, at der var brug for at udvikle særlige udgaver af interviewguiderne. Vi konsulterede derfor en ekspert med erfaring på området⁷ og udarbejdede på den baggrund en lettere tilgængelig udgave af interviewguiden. Denne guide er ligeledes vedlagt i bilag 4.

Dialogmøderne blev gennemført som en uformel dialog, løst struktureret omkring nogle få spørgsmål (se bilag 5). Formålet med spørgsmålene var at kaste lys over medarbejdernes barrierer og indsigter i forhold til arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse.

2.9 Bearbejdning af interview

På grund af den begrænsede tidsramme for projektet har vi valgt – i stedet for fuld udskrivning af alle interview – at lave tematiske referater af interviewene. Referaterne er lavet efter en skabelon bestående af interviewguidernes fire overskrifter.

De tematiske referater kan ses som det led i analysen, som Kvale (1997) kalder *strukturering*. Næste led i analysen er ifølge Kvale en *afklaring* af materialet, så det bliver tilgængeligt for analyse. Dette led i analysen er foregået ved, at vi har samlet centrale pointer fra referaterne i tre dokumenter, ét for hver målgruppe. Til sidst har vi gennemført den *egentlige analyse*, hvor vi præsenterer interviewpersonernes forståelse og lægger nye perspektiver ned over deres udsagn. Her har vi stillet undersøgelsens centrale spørgsmål til materialet; hvad forstår interviewpersonerne ved sundhed, hvordan ser de deres egen sundhed, samt hvilke barrierer og muligheder oplever de i forhold til at leve sundt.

Vi har valgt at præsentere analysen som to dele i rapporten. Første del indeholder en kondensering af de meninger, som er kommet til udtryk i interviewene under en række overskrifter, som afspejler temaerne i interviewguiden. Kapitlet rundes af med en fortolkning og perspektivering i forhold til hver af målgrupperne. Anden analysedel består i en mere fortolkende udlægning af de udsagn, som er kommet til udtryk i første del. Fortolkning handler her om at rekontekstualisere udsagnene ved at komme med bud på deres baggrund og betydning for undersøgelsens formål.

⁷ Tak til seniorkonsulent Dorte Perlt, Socialt Udviklingscenter SUS.

2.10 Præsentation af de tre målgrupper⁸

2.10.1 Kontanthjælpsmodtagerne

Vi har interviewet kontanthjælpsmodtagere fra fire forskellige kommuner, der har forskellige principper for, hvordan man håndterer borgere på kontanthjælp.

I den første kommune har vi interviewet fem unge kontanthjælpsmodtagere i alderen 18-25 år (+ et fokusgruppeinterview), seks andre kontanthjælpsmodtagere (+ et fokusgruppeinterview) og fem kontanthjælpsmodtagere af anden etnisk baggrund bosat i et bestemt boligområde. De to aktiveringstilbud er rettet mod kontanthjælpsmodtagere i alle matchgrupper⁹.

I den anden kommune har vi interviewet seks kontanthjælpsmodtagere fra matchgruppe 4 og 5 placeret i et afklaringsforløb (+ et fokusgruppeinterview). En del af afklaringen indebærer, at deltagerne skal søge job via stedets computere, og dette er den primære ”beskæftigelse”, da stedet ikke har nogen form for værksteder eller produktion.

I den tredje kommune har vi talt med kontanthjælpsmodtagere i matchgruppe 4-5 på to forskellige aktiveringssteder; 10 personer fra det ene sted for nyansøgere til kontanthjælp (+ to fokusgruppeinterview), og en person fra et sted for borgere, som har været i kontanthjælpssystemet gennem længere tid (+ et fokusgruppeinterview).

I den fjerde kommune er målgruppen defineret som kontanthjælpsmodtagere fra et boligområde med mange kontanthjælpsmodtagere med anden etnisk baggrund end dansk. De syv kontanthjælpsmodtagere, vi har talt med, er tilknyttet et kursus- og uddannelsescenter.

I alt har 12 personer i kontanthjælpsmodtagergruppen en anden etnisk baggrund end dansk.

2.10.2 Førtidspensionisterne

I den femte kommune har vi talt med tre grupper af førtidspensionister: seks psykisk syge (+ et fokusgruppeinterview), fire misbrugere (+ et fokusgruppeinterview) og tre psykisk udviklingshæmmede (+ et fokusgruppeinterview). Langt de fleste af de psykisk syge bor i eget hjem og er tilknyttet et værested. Enkelte bor i bofællesskab, hvor de har egen lejlighed, men får støtte og hjælp fra personalet.

De misbrugere, vi har talt med, er alle alkoholmisbrugere. Mange af dem kommer dagligt på et værested, hvor de bl.a. kan få mad. Nogle af misbrugerne er desuden tilknyttet et botilbud, hvor de har en lejlighed. Andre bor i egen lejlighed.

⁸ Vi anvender de betegnelser for målgrupper og undergrupper (fx ”psykisk syge”), som anvendes i Sundhedsstyrelsens oplæg til forundersøgelsen samt modelkommunernes projektoplæg. De faktuelle oplysninger om målgrupperne stammer dels fra disse projektoplæg dels fra vores dialogmøder og interview.

⁹ Matchgruppe er en kategorisering af ledige borgere, som sagsbehandlerne skal benytte til at vurdere klientens muligheder for at matche arbejdsmarkedets krav. Vurderingen sker via fem opmærksomhedsområder, ud fra hvilke sagsbehandleren indplacerer brugeren i en af følgende fem matchgrupper: 1: umiddelbar match, 2: høj grad af match, 3: delvis match, 4: lav grad af match og 5: ingen match til arbejdsmarkedet (<http://www.ams.dk/sw1252.asp>).

De psykisk udviklingshæmmede er tilknyttet et botilbud, hvor de bor i bofællesskab med egen lejlighed. De er ret forskellige med hensyn til deres evne til at formulere sig og reflektere over abstrakte emner såsom overvægt o.l.

2.10.3 De arbejdsløse

I den sjette kommune er målgruppen specificeret til arbejdsløse faglærte og ufaglærte med ét eller flere børn under 18 år, idet denne kommune satser på at arbejde med sundhedsfremme orienteret mod hele familien. Målgruppen bor i en udkantskommune, som er karakteriseret ved at have flere store virksomheder, som benytter sig af sæsonarbejde. Det indebærer en del sæsonarbejdsløshed. De ti arbejdsløse, som vi har interviewet, er rekrutteret via fagforeningernes medarbejdere på jobcentret (+ tre fokusgruppeinterview). Der er tale om arbejdsløse medlemmer fra 3F, HK, FOA og NNF.

2.10.4 Generelt om målgrupperne

Som nævnt i indledningen er det kommunerne, der har formidlet kontakten til vores interviewpersoner. Vi har derfor ikke haft mulighed for at gå ind i en nærmere undersøgelse af, hvad der karakteriserer de personer, som har sagt ja til at deltage i interview. Vi vil dog kort redegøre for de iagttagelser, som vi har gjort os i forhold til interviewpersonerne.

Der er en del fællestræk på tværs af de tre målgrupper ud fra de oplysninger, vi har fået fra medarbejderne og borgerne selv:

- Mange er syge og sygemeldte.
- Mange er rygere.
- Mange er over- eller undervægtige.
- Mange har det psykisk dårligt.

Det er alle karakteristika, som betyder, at personerne er i en sundhedsmæssig udsat position. Det er dog også vigtigt at understrege, at der også er mennesker blandt vores interviewpersoner, som ikke kan beskrives med nogen af de ovennævnte karakteristika. Det gælder især for de arbejdsløse, som for fleres vedkommende har indrettet sig på en tilværelse med sæsonarbejdsløshed, og som ikke har så massive fysiske og psykiske problemer, som gælder mange i de to andre målgrupper.

På nogle af stederne havde vi klart en fornemmelse af, at vi ikke havde fået fat i de svageste borgere. De sagde nej tak til at deltage i vores interviews. Det gjaldt særligt kontanthjælpsmodtagere på aktiveringsstederne med anden etnisk baggrund end dansk. Havde vi haft mulighed for at bruge tolk, havde vi formodentlig haft en større chance for at få fat i denne gruppe.

Endelig har vi kunnet konstatere, at der er færre mænd end kvinder, som har sagt ja til at deltage.

3 Analyse del 1

Opfattelser af sundhed fordelt på målgrupperne

Ud fra de spørgsmål, vi har stillet til vores materiale – som beskrevet i afsnittet *Be-
arbejdning af interview* – har vi valgt at præsentere resultaterne af den første del
analysen under følgende overskrifter: *om sundhed, oplevelse af egen sundhed, op-
levelse af barrierer samt motivation og muligheder*. Hensigten med denne indde-
ling er at besvare den første del af forundersøgelsens erklærede formål, nemlig at
afdække holdninger til og interesse for sundhed samt oplevede barrierer og motiva-
tion hos udvalgte personer inden for målgrupperne.

Vi ser først på målgrupperne hver for sig og dernæst på medarbejderne, idet vi fo-
kuserer på, hvordan de ser deres rolle i forhold til at skulle arbejde med sundhed,
samt deres oplevelser af barrierer hos dem selv og hos borgerne.

3.1 Kontanthjælpsmodtagerne

3.1.1 Om sundhed

I dette afsnit ser vi på, hvad de interviewede kontanthjælpsmodtagere siger om em-
net sundhed. På spørgsmålet om, hvad de forbinder med sundhed, er de typiske as-
sociationer følgende¹⁰:

- ”sund mad”, herunder ”masser af grønsager”
- ”motion”¹¹
- ”livskvalitet”
- ”mental sundhed”
- ”både fysisk og psykisk sundhed”
- ”at man ikke er sur”
- ”at være glad”
- ”at være rask/ fri for sygdomme”.

Det sidste eksempel er særlig udpræget blandt kontanthjælpsmodtagerne af anden
etnisk baggrund, hvoraf enkelte også taler om at leve længe og blive gamle. Der-
udover er der ikke nogle tydelige forskelle inden for kontanthjælpsmodtagergrup-
pen på dette spørgsmål. Man kan sige, at svarene overordnet er af to typer, dels de
relativt konkrete om kost og motion, dels de bredere og lidt mere abstrakte begre-
ber om livskvalitet og psykisk velbefindende.

En stor del af interviewpersonerne synes, at sundhed er et interessant og vigtigt
emne. Flere fortæller, at de har deres viden om sundhed fra tv-programmer og
kampagner. I den forbindelse er det et tema i flere af interviewene, at de mange

¹⁰ I denne og de følgende punktfremstillinger har vi så vidt muligt søgt at prioritere udsagnene, så de mest anvend-
te står øverst og de mindst anvendte til sidst.

¹¹ Begrebet ”motion” forbindes ofte snævert med en sport, man kan gå til. ”Fysisk aktivitet” havde måske været et
bredere og bedre begreb i forhold til sundhedsfremme. Vi bruger imidlertid primært interviewpersonernes terminolo-
gi, da vi sjældent har mulighed for at vurdere, hvilken præcis betydning de tillægger ordet.

kampagner og den megen fokus på sundhed godt kan blive ”for meget”. Mange synes, at især snakken om rygeforbud er blevet for meget.

Der er også interviewpersoner, som ikke interesserer sig for sundhed. De siger, at det ikke er noget, de går op i eller interesserer sig særligt for. For nogle af dem handler det om, at de ikke føler noget behov for at gå op i sundhed, de er eksempelvis slanke og oplever ikke nogle gener ved at ryge og ser derfor ingen grund til at ændre på deres livsstil. For andre handler det om, at de ikke kan overskue at gå op i sundhed. Ofte føler de, at de burde interessere sig mere for deres sundhed, men de synes ikke, at de magter det.

Mange nævner, at de interesserer sig for sundhed i forhold til deres børn, også selvom de ikke går op i deres egen sundhed. I det hele taget indgår der mange overvejelser omkring børns sundhed i snakken om sundhed generelt. Flere giver udtryk for, at det fx er for deres børns skyld, de laver mad med mange grønsager og hjemmelavet mad frem for færdigretter.

3.1.2 Oplevelse af egen sundhed

Når vi spørger til interviewpersonernes egen sundhed og eventuelle dårlige vaner, får vi et bredt spektrum af svar – fra de personer, der ikke mener, at de har nogen sundhedsmæssige problemer, til dem, der har det dårligt med og gerne vil ændre på deres vaner. De fleste har let ved at udpege én eller flere personlige vaner, som de mener, er usunde. Nogle af dem kan imidlertid ikke forestille sig at kvitte vanen af den grund. Det gælder fx ofte rygere, som nyder at ryge.

De, der gerne vil kvitte deres sundhedsmæssigt dårlige vaner, tilføjer som oftest, at de synes, det er meget svært. Deres begrundelser for, hvorfor det er svært, handler typisk om, at en sund livsstil er for dyr eller for tidskrævende for dem, eller om, at de ikke har overskud til at bekymre sig om sundhed. Vi vender tilbage til disse barrierer for en sund livsstil i næste afsnit.

Mange i kontanthjælpsmodtagergruppen fortæller, at de har mere eller mindre alvorlige fysiske eller psykiske lidelser og er sygemeldte. Det skinner igennem i deres oplevelse af egen sundhed. Flere af dem har en selvopfattelse som syge, der betyder, at de ikke mener, at de er eller kan være sunde. Ligeledes mener flere, at det ikke er relevant at spørge om, hvordan de kan leve sundere, fordi de ser deres sygdom som en forhindring. En siger eksempelvis: ”Jeg kan jo ikke dyrke motion, fordi jeg har en dårlig ryg”.

3.1.3 Oplevelse af barrierer

Mange af interviewpersonerne vil gerne leve sundere. De oplever imidlertid en række barrierer, som typisk er af følgende art:

- **Fysiske barrierer:** sygdom opleves som en forhindring for at kunne leve sundt.
- **Økonomiske barrierer:** sund kost og motion er for dyre i forhold til deres budget.

- **Tidsmæssige barrierer:** de føler sig pressede og stressede i forhold til at få den almindelige hverdag til at fungere og synes ikke, at de har tid til at tænke på sundhed.
- **Psykisk underskud:** de føler ikke, at de har det psykiske overskud til at gøre noget ved deres sundhed.

Som netop beskrevet mener flere, at sygdom forhindrer dem i at gøre noget ved deres sundhed. Når vi spørger personer med sådanne holdninger, svarer de fleste, at de ikke har prøvet alternative lettere motionsformer, men flere af dem kunne principielt godt tænke sig at prøve eksempelvis let gymnastik under professionel vejledning.

Økonomi eller rettere manglende økonomiske midler går igen som et diskussions-emne i mange af vores interview. Ofte er interviewpersonernes umiddelbare holdning, at frugt og grønt samt gode kvalitetsfødevarer er for dyre og ikke forenelige med at leve på kontanthjælp. Denne holdning giver dog tit anledning til diskussion, da andre mener, at det må være et spørgsmål om prioritering. I flere af fokusgrupperne leder det over i en mere generel diskussion om statens ansvar for at regulere befolkningens kostvaner gennem fx moms på fødevarer, gratis skolemad o.l. Selvom der ikke er nogen generel enighed, mener de fleste, at det er en god idé at sænke prisen på frugt og grønt og hæve den på fx fastfood. I forhold til fysisk aktivitet finder vi lignende holdninger, hvor mange mener, at de ikke har råd til at gå til motion, mens andre gør opmærksom på, at fysisk aktivitet ikke behøver koste penge, og at få økonomiske midler ikke behøver at være en begrænsning for at bevæge sig.

Mange af kontanthjælpsmodtagerne oplever det som en udfordring blot at møde på deres aktiveringssted tre timer dagligt. Derudover har en del af dem børn, som de bruger den resterende tid af dagen på. Endelig er der for manges vedkommende store frustrationer forbundet med at være på kontanthjælp. De føler ikke, at de har noget meningsfuldt at give sig til, og de føler sig pressede til at skulle forsøge at finde et job i en situation, hvor de måske ikke føler sig raske nok til det. Mange føler sig i en underskudssituation og er frustrerede over, at deres evner ikke bliver brugt. På aktiveringsstederne bliver de sat til opgaver, som de ikke synes giver mening. Alt i alt betyder det, at mange føler sig mere eller mindre pressede og stressede. I den situation føler de ikke, at de har tid til at gøre noget særligt i forhold til deres sundhed, fx at motionere. Den oplevede mangel på tid hænger ofte sammen med manglende overskud i det hele taget.

For mange er manglende psykisk overskud formodentlig den væsentligste barriere for at gøre noget ved deres sundhed. Flere sammenligner deres situation, før de blev kontanthjælpsmodtagere, med situationen nu og oplever, at de har fået det dårligere psykisk. Det gælder også for de interviewpersoner, hvor det ikke er psykiske problemer, der er grunden til, at de står uden for arbejdsmarkedet. Det bliver nævnt i mange interview, at psykisk overskud er en forudsætning for at ændre på dårlige vaner. Som et typisk eksempel fortæller en ung kvinde, hvordan hun flere gange er holdt op med at ryge i perioder, hvor hun har haft psykisk overskud, mens hun er startet igen i de perioder, hvor hun har følt sig stresset.

3.1.4 Motivation og muligheder

Mange af vores interviewpersoner oplever altså, at det er meget svært at ændre på de dårlige vaner. Når vi spørger dem, hvem der har ansvaret for deres sundhed, lyder det stort set samstemmende fra alle, at ansvaret for at passe på deres helbred og leve sundt ligger hos dem selv. Forskellige offentlige tiltag, som fx indebærer billig motion og billige sunde fødevarer, kan selvfølgelig hjælpe og er et ønske hos mange. Men de fleste er enige om, at hvis man skal have succes med at ændre gamle vaner, så er det nødvendigt, at man er motiveret og indstillet på at arbejde for en forandring. Spørgsmålet er, hvad der kan gøre folk motiverede. For at få en idé om det, har vi spurgt alle interviewpersonerne, hvad der motiverer dem generelt, og hvad de føler glæde ved. Blandt de ting, som typisk bliver nævnt, er:

- at være sammen med deres børn
- at være sammen med familie eller venner
- at have noget at stå op til
- at have noget meningsfyldt at give sig til
- at have det godt
- at have overskud
- at være noget for andre
- at komme ud hver dag (cykle eller gå)

Hvad angår det fjerde punkt, er det en ret markant pointe, eftersom det for manges vedkommende er tydeligt, at de ikke oplever deres nuværende situation som meningsfyldt. Vi behandler denne pointe nærmere i andet analysekapitel, men vil her blot hæfte os ved, at flere oplever hverdagen på aktivitetscentrene som decideret demotiverende for at gøre noget ved deres sundhed. De har hverken fysisk eller psykisk overskud.

Dette forhold afspejler sig i nogle af interviewpersonernes forslag til, hvad der kunne gøre, at de fik lyst til at leve sundere. En ung mand foreslår samtaler med en psykolog som en del af et sundhedsfremmende tiltag for borgerne på hans aktiveringssted, fordi – som han siger – mange går rundt og er smådeprimerede og har et dårligt selvværd. Desuden ytrer flere et ønske om, at aktiviteterne på aktiveringsstederne skal være mere meningsfulde. I den forbindelse er en del af interviewpersonerne åbne for, at motion, vejledning i sund kost, o.l. kan være et bud på interessante aktiviteter, som kan inkorporeres i hverdagen på aktiveringsstederne. De forestiller sig, at de almindelige aktiveringsaktiviteter skiftes ud én eller flere gange om ugen med eksempelvis besøg i et lokalt motionscenter samt foredrag eller individuel vejledning om sunde kostvaner eller andet, der kan inspirere til et sundere liv.

De ovenstående forslag fra interviewpersonerne angår hverdagen på aktiveringsstederne. Når det handler om, hvad der skal til, for at kontanthjælpsmodtagerne kommer til at leve sundere på længere sigt, er mange næsten kyniske i deres realisme. De mener, at der formodentlig skal alvorlig sygdom e.l. til, før de oplever et tilstrækkeligt stærkt incitament til at ændre på deres usunde vaner. En kvinde fortæller desuden om et særligt fængende tv-program, som har været hendes anledning til at ændre på sine kostvaner.

3.2 Førtidspensionisterne

3.2.1 Om sundhed

I dette afsnit præsenterer vi de interviewede førtidspensionisters overvejelser om emnet sundhed. Vi skelner mellem svarene fra de tre grupper af førtidspensionister, hvor det er relevant. Generelt associerer de adspurgte førtidspensionister sundhed med følgende:

- ”motion”
- ”sund mad”
- ”psykisk sundhed”
- ”velfølelse”
- ”at være rask”
- ”at være glad”
- ”sund herinde” (personen refererer til at være psykisk sund indeni).

Det tredje punkt er centralt i forhold til gruppen af misbrugere og psykisk syge. Mange af dem mener, at psykisk sundhed er altafgørende for at være sund, men giver samtidig udtryk for, at det er meget fjernt fra deres nuværende livssituation præget af misbrug og psykiske lidelser. Svarene fra de psykisk udviklingshæmmede er tydeligt fokuseret omkring konkrete hverdagsting såsom at spise sund mad eller lave motion. Svarene fra misbrugerne og de psykisk syge er præget af et højere abstraktionsniveau, da de har fokus på ”sundhed indeni” og psykisk velbefindende.

Kun få af interviewpersonerne udtrykker en egentlig interesse for emnet sundhed, selvom enkelte siger, at fysisk sundhed er vigtig for dem. De fleste af interviewpersonerne giver udtryk for, at de ikke kan overskue at gå op i deres sundhed. Nogle føler, at de burde interessere sig for at forbedre deres sundhed, men de har ikke overskud til at gøre noget ved det. Andre har ikke lyst til at ændre deres sundhedsmæssige situation, fx ryger langt de fleste af de interviewede førtidspensionister, og det er kun ganske få, der udtrykker ønske om at stoppe.

De interviewede blandt de psykisk udviklingshæmmede adskiller sig ved primært at interessere sig for deres fysiske sundhed. De har stor fokus på, at man ”bliver sund af at spise grønsager”, og at det er vigtigt, at man spiser sundt samt laver motion.

3.2.2 Oplevelse af egen sundhed

Når vi spørger interviewpersonerne om deres egen sundhed, svarer de fleste, at psykisk sundhed kommer først, og at den fysiske sundhed kommer i anden række. Kun få interviewpersoner giver udtryk for, at de ikke har nogen sundhedsmæssige problemer. Derimod kan langt de fleste nemt udpege én eller flere vaner, som de mener, er usunde, og som de gerne vil ændre på.

En del af misbrugerne ønsker at kvitte deres misbrug, men ofte ved de ikke, hvordan de skal komme i gang med det. Mange af dem begrundet dette med, at deres misbrug bunder i ensomhed samt det ”ikke at have noget at udfylde tilværelsen med”. Denne pointe vender vi tilbage til under deres oplevelse af barrierer. En del er opmærksomme på de negative konsekvenser ved deres misbrug eller dårlige madvaner, men ser det som et vilkår, som de må leve med, fordi de er misbrugere.

Noget af den medicin, som de psykisk syge får, har en række negative konsekvenser for deres almene sundhed¹². Mange fortæller, at de føler sig trætte, og derfor er de ofte inaktive i løbet af dagen. Andre har som en bivirkning af medicinen en stor trang til at spise, og det betyder, at en del er overvægtige.

De psykisk udviklingshæmmede, vi har talt med, giver ikke udtryk for at have refleksioner over deres egen sundhed. De spekulerer ikke over de mulige konsekvenser af fx at spise usundt eller være inaktiv.

3.2.3 Oplevelse af barrierer

Mange af interviewpersonerne vil gerne ændre på deres vaner for at få det bedre. Som indikeret ovenfor oplever de dog flere barrierer af primært to typer:

- **Fysiske barrierer:** Kroppen er mærket af misbrug, og nogen får ikke mad eller spiser usund mad. Psykisk sygdom kan desuden medføre inaktivitet og overvægt. Sygdom/misbrug fylder så meget, at det går ud over prioriteringen af den fysiske sundhed. Mange reflekterer ikke over deres sundhedsmæssige situation.
- **Psykisk underskud:** Som konsekvens af ensomhed og mangel på noget at stå op til.

De fleste af de adspurgte psykisk syge mener, at deres psykiske lidelse forhindrer dem i at gøre noget ved deres fysiske sundhed. Flere fortæller, hvordan de ofte bliver i sengen til langt op ad dagen, da de ikke har lyst eller energi til at stå op. Ofte betyder det, at de ikke magter at lave mad. Flere misbrugere giver ligeledes udtryk for, at de ikke kan overskue at lave mad, og begge grupper lever derfor ofte af færdigretter og fastfood eller får slet ikke noget at spise. Dog får de, der har kontakt til et værested eller aktivitetstilbud, ofte mad en eller to gange om dagen, hvilket de er meget glade for.

De fleste af misbrugerne giver udtryk for, at deres misbrug hænger sammen med ensomhed. En hverdag præget af ensomhed får mange af dem til at intensivere deres misbrug. Derudover føler mange, at de mangler livsglæde. De er ofte inaktive i løbet af dagen og spiser sjældent ordentlig mad. Andre mener, at de har et ganske godt liv, men interesserer sig blot ikke for at leve sundt.

Flere af misbrugerne mener, at man skal have oplevet en helbredsmæssig advarsel for at føle et incitament til at ændre på sit liv. En eksemplificerer det ved at sige, at så længe man er nogenlunde rask, er man ligeglad, det er først, når man bliver syg, at man tager sig sammen til at ændre på sit liv. Ofte oplever de, der bruger meget af deres tid på et værested eller botilbud, ikke i samme grad af ensomhed.

De psykisk udviklingshæmmede forholder sig til de konkrete påbud og krav, som botilbuddenes personale udstikker i hverdagen. For eksempel har et af botilbuddene bestemt, at der skal være røgfri zone i alle fællesrum. Det har medført, at beboerne i samråd har bestemt, at der også skal være røgfrit i deres lejligheder på stedet.

¹² http://www.psyknet.dk/Forside/Behandling/Medicinsk_behandling/Medicinsbehandling.htm

Fælles for alle tre grupper af de interviewede førtidspensionister er, at de fleste af dem har en sparsom kontakt til deres familie. Dog fortæller nogle af de psykisk udviklingshæmmede om besøg fra forældre og søskende, men det er uklart, i hvor høj grad de ser familien i hverdagen. Desuden virker det, som om de udviklingshæmmede får opfyldt deres sociale behov ved at være tilknyttet et botilbud, hvor der også bor andre udviklingshæmmede. Mange af misbrugerne og de psykisk syge giver udtryk for et manglende socialt netværk og en høj grad af ensomhed.

3.2.4 Motivation og muligheder

Som det fremgår ovenfor er den ringe sundhed hos mange af interviewpersonerne knyttet til det at være psykisk syg eller at have et misbrug. Det betyder, at mange af dem ikke kan se, hvordan de skulle kunne leve sundere, og de er ikke umiddelbart motiveret til at ændre på situationen. Flere af dem nævner dog, at offentlige tiltag som motion eller sund kost gennem bo- og aktivitetstilbuddene er en god idé.

Som det, der generelt motiverer førtidspensionisterne i de tre grupper, nævnes følgende:

- ”at være sammen med andre”
- ”at have noget at stå op til”
- ”at have det godt”
- ”at komme ud hver dag (cykle og gå)”

Både blandt misbrugerne og de psykisk syge påpeger mange vigtigheden af at have noget at stå op til. Det kommer til udtryk i deres forslag til, hvad der kunne gøre, at de fik lyst til at leve sundere. Mange foreslår aktiviteter sammen med andre, primært for at opbygge et socialt netværk. Nogle synes, at det er en god idé at inkorporere sund kost i hverdagen. Desuden er det vigtigt, at det måltid mad, de modtager i bo- og aktivitetstilbuddene er solidt, mættende og næringsrigt, da det til tider er det eneste måltid mad, de får i løbet af dagen. En del er tvivlende over for motion som et fast indslag i aktivitetstilbuddene, da flere ikke har lyst til at lave motion. I den forbindelse påpeger flere vigtigheden af, at det skal være frivilligt at deltage i de forskellige motionstilbud. Derudover giver en del udtryk for, at (psykisk) sundhed for dem afhænger af at få hjælp udefra, fordi de ikke selv har noget overskud til at klare daglige ting.

De psykisk udviklingshæmmede forholder sig ikke til, om det er en god idé med kostpolitik e.l., hvor de bor. Langt de fleste af dem synes, at det er fint med sund mad, så længe de, som en udtrykker det: ”får lov til at få deres lørdagsslik”. De fleste af de udviklingshæmmede giver udtryk for, at de gerne vil være ligesom andre, og at de gerne ville kunne gøre det, som andre kan. Blandt andet fortæller en pige, at hun gerne vil gå til svømning, men det skal være sammen med andre handicappede, så hun ikke er alene om ”at se anderledes ud”. Flere af de udviklingshæmmede vil gerne have flere handicapmotionstilbud, hvor de kan være sammen med andre, der er ligesom dem.

3.3 De arbejdsløse faglærte og ufaglærte

3.3.1 Om Sundhed

Målgruppen arbejdsløse faglærte og ufaglærte er i den pågældende kommune specificeret til arbejdsløse med børn. Det skinner tydeligt igennem i vores interview. Mange tænker fx først og fremmest på deres børn og disses sundhed, når man nævner ordet sundhed. Derudover forbinder interviewpersonerne følgende med sundhed:

- ”Mad, om man er rask og ikke stresset”.
- ”At spise sundt og økologisk”.
- ”Grønsager og fitness”.
- ”Økologi, mere motion, undgå stress, kost”.
- ”Det er for dyrt at leve sundt”.
- ”Frisk luft, cykelture og at lave noget generelt – en aktiv hverdag”.
- ”Livskvalitet – at man har det godt og kan være aktiv i hverdagen”.
- ”Sund livsstil – at spise grønt, motionere; alt det man ser i fjernsynet om, hvad man burde gøre, men som man ikke lige får gjort selv”.

Der er der her tale om en blanding af konkrete og mere abstrakte opfattelser af sundhed samt opfattelser, som ligner dem, vi har set hos de andre målgrupper. Sammenlignet med kontanthjælpsmodtagerne er der hos de arbejdsløse lidt mere fokus på, at det er vigtigt for ens sundhed at komme ud og møde andre mennesker. Det kan være en konsekvens af, at de arbejdsløse i en større udstrækning går hjemme og derfor ikke nødvendigvis kommer i kontakt med andre i løbet af dagen. Desuden har en del af arbejdsløse været vant til social kontakt via deres arbejdsplads, og det er muligt, at de derfor oplever savnet stærkere end kontanthjælpsmodtagere. Desuden fornemmer vi hos flere, at de ikke har så mange sociale kontakter, efter de har fået børn. De ønsker generelt sundhedsfremmende aktiviteter, hvor socialt samvær indgår.

En del mener, at sundhed er en vigtig del af dagligdagen, ikke mindst i forhold til børnene. Nogle forældre prioriterer, at barnet spiser sundt og får frugt og grønt, men følger ikke selv disse principper. Andre fortæller, at de selv er blevet langt mere opmærksomme på at spise sundt, efter at de har fået børn. Én nævner desuden, at han gerne vil være et forbillede for sine børn, hvad angår sund kost og livsstil.

3.3.2 Oplevelse af egen sundhed

Blandt vores interviewpersoner er der både nogle, der føler sig sunde, og nogle, der føler sig mindre sunde. Ligeledes er det meget forskelligt, hvor meget interviewpersonerne går op i sundhed. En mand fortæller fx med reference til sin slanke kropsbygning, at han ikke tænker så meget over sin sundhed; han mener ikke, at han behøver spise sundt. Hans udtalelse er et godt eksempel på, hvordan mange kobler sundhed til synlige tegn som fx at være overvægtig eller ryge. Denne pointe gælder på tværs af vores tre målgrupper. En anden interviewperson, som er ryger, siger, at så længe hun ikke har det dårligt og ikke har problemer med hjertet e.l., så har hun ikke lyst til at ændre noget. Dette svar er igen ret typisk, og en pointe som vi vender tilbage til i andet analysekapitel.

Nogle af de arbejdsløse kommer ind på emnet stress i forbindelse med sundhed. De fortæller, at de faktisk oplever, at situationen som arbejdsløs kan være ganske stressende. En kvinde siger, at man indimellem føler sig som ”jaget vildt”, fordi A-kassen stresser én med krav om kurser og aktiv jobsøgning. Desuden er det en psykisk belastning ikke at vide, hvad der skal ske, om – og hvornår – man kommer i job.

Flere fortæller, at de tidligere har været aktive sportsudøvere, men at de enten har skåret væsentligt ned på eller er stoppet helt med deres fritidsinteresser, efter de har fået børn. De vil gerne genoptage deres tidligere aktiviteter, men synes ofte ikke, at det er muligt at finde tid til det, når man har børn. Generelt kommer deres børns sundhed før deres egen, men mange af dem indikerer, at det ville være dejligt, hvis man fx kunne kombinere børnenes motion med egen motion.

3.3.3 Oplevelse af barrierer

Mange af de adspurgte arbejdsløse vil altså gerne være mere aktive og leve sundere, men giver følgende eksempler på, hvorfor det er svært:

- Børn og familie levner ikke tid og plads til motion.
- Der er langt til de byer, hvor motionstilbuddene findes (gælder særligt for beboere i de små byer).
- Arbejdsløsheden fremmer dårlige vaner (man drikker mere kaffe, ryger flere cigaretter og spiser flere søde sager).
- Man mister energi, når man ikke har noget at stå op til: ”Når man går hjemme, mister man lidt modet”.
- Man har ikke nogen at gå til sport sammen med og gider ikke alene.
- Man hygger sig med og har ikke lyst til at kvitte de dårlige vaner: ”Så længe jeg har det godt med det, har jeg ikke lyst til at stoppe”.
- Sund mad er for dyr.

Flere af de arbejdsløse kommer ind på ulemperne ved at bo i en udkantskommune med langt mellem byerne. Flere nævner, at udbuddet af forskellige typer motion er meget begrænset i de små byer, hvor de bor. Mange oplever det som en væsentlig forhindring for at deltage i forskellige sportslige og sociale aktiviteter, hvis de fx skal bruge tre kvarter på transport hen til en større by.

En anden afgørende forhindring for at leve sundere er, at en del ikke har lyst til at ændre på de sundhedsskadelige vaner. En kvinde fortæller fx, at cigaretterne hjælper hende til at koble af, når hun er stresset og anspændt. For hende er rygning forbundet med psykisk velbefindende.

3.3.4 Motivation og muligheder

Mange er altså ikke motiverede for at ændre på deres sundhed, bl.a. fordi de ser noget positivt i deres nuværende vaner. En del giver udtryk for, at eventuelle forbedringer i deres sundhed skal ske efter deres eget frie valg og ikke fx på baggrund af tvang eller krav fra kommunens side. Som vi har set det hos de to andre målgrupper, er der også blandt de arbejdsløse en udbredt opfattelse af, at det er ens

eget ansvar at holde sig sund. Samtidig mærker man, at der er lidt flere i denne gruppe, som har overskuddet og motivationen til at tænke på deres sundhed.

I forhold til fysisk aktivitet er det sociale element meget betydningsfuldt. Mange giver udtryk for, at det er det sociale samvær, der motiverer dem til at være fysisk aktive. De siger fx, at motion først og fremmest handler om at have det sjovt. Flere er glade for eller vil gerne dyrke sport og være sammen med deres familie og venner. Andre savner socialt samvær og tror, at motion vil kunne opfylde deres sociale behov og måske hjælpe dem ind i et netværk, der kunne føre til job. Generelt mener de arbejdsløse ligesom de to andre målgrupper, at det at have ”noget at stå op til” er den væsentligste motivationsfaktor i det hele taget, også i forhold til sundhed.

De arbejdsløse har mange konkrete forslag til, hvad der kunne være med til at fremme sundheden blandt arbejdsløse og borgere i kommunen generelt. De samler sig omkring tre typer forslag:

1. Tilbud, som inddrager børn/ hele familien, fx:

- motionstilbud for voksne med børn
- motionscenter med børne- eller familieaktiviteter
- ture og sociale arrangementer: familietur, legeland-tur, skovtur
- kurser om ernæring
- madordning i børnehaverne

2. Tilbud til arbejdsløse fx:

- sociale arrangementer
- ”orienteringsløb”
- ”flere motionstilbud”
- tilbud om motionscenter med tilknyttet fysioterapeut
- ”et billigt motionscenter tæt på”
- gymnastik eller vandrehold i dagtimerne sammen med folk i samme aldersgruppe
- tilbud, som ikke kun retter sig mod arbejdsløse, fx gratis gymnastik under åben himmel om sommeren for alle kommunens borgere. (Nogle få gav udtryk for, at de ikke har lyst til at blive stemplet som ”arbejdsløse motionister”)
- klippekort til et motionscenter eller halv pris/ rabat for arbejdsløse
- motionstilbud på fleksible tidspunkter i forhold til børn og arbejde
- kurser om kroppens struktur og kropsforståelse, samt madlavning
- tilbud om kostvejledning (om man giver sit barn den rigtige mad)
- tilbuddet om samtale med en diætist tilknyttet kommunen
- en klub eller et mødested for arbejdsløse, hvor man kan være social og tale med folk, som har mange af de samme problemer som en selv

3. Bedre information om nuværende og nye tilbud:

- Øget oplysning om de eksisterende tilbud i kommunen, evt. via flyers, plakater og link på hjemmesiden eller via de fagbreve, som de arbejdsløse allerede modtager.
- En overskuelig hjemmeside, hvor alle de tilbud, der findes i kommunen, annonceres. P.t. opdager man ikke, hvilke muligheder man har som arbejdsløs.

I denne kommune, der specifikt har børnefamilier som målgruppe, er en gennemgående pointe, at sundhedsfremmende aktiviteter skal være tilstrækkeligt fleksible og tilgængelige til at kunne kombineres med børn, enten ved at børnene er med, eller ved at det ligger på tidspunkter, som passer ind i en børnefamilies hverdag.

Der er mange forslag, som går på motion i motionscenter regi. Enkelte nævner imidlertid, at kommunens beliggenhed tæt på hav og natur giver oplagte muligheder for aktiviteter, som giver både motion, frisk luft og gode oplevelser

3.4 Medarbejderne

Arbejdet med at fremme sundheden blandt socialt udsatte udspiller sig i et samspil mellem borgerne og de kommunale myndigheder. De medarbejdere i kommunen, som har kontakt med de tre målgrupper for dette projekt spiller eller kan potentielt komme til at spille en væsentlig rolle i det sundhedsfremmende arbejde. Det drejer sig bl.a. om medarbejdere på jobcentre, aktiveringssteder, væresteder og i botilbud. I kontakten med borgerne spiller medarbejderens viden, holdning, erfaring, adfærd, motivation og barrierer en væsentlig rolle. Derfor indgår disse forhold i vores undersøgelse.

På dialogmøderne har vi bedt medarbejderne om at reflektere over og diskutere, hvordan de ser deres egen rolle i forhold til at skulle arbejde med borgernes sundhed. Refleksionerne hos de forskellige faggrupper og stillingstyper af medarbejdere adskiller sig ikke væsentligt fra hinanden, og derfor præsenterer vi resultaterne under ét.

3.4.1 Oplevet rolle

Generelt mener medarbejderne, at de har en både væsentlig og vanskelig rolle i det sundhedsfremmende arbejde. De oplever deres indsats som væsentlig, fordi de ofte er blandt de få sociale kontakter i borgernes liv og dermed eneste indgang til borgerne. Det gælder særligt misbrugergruppen og de psykisk syge. Medarbejderne oplever deres indsats som vanskelig, fordi de oplever, at en stor del af borgerne ikke er motiverede og har en stor skepsis over for offentlige initiativer generelt.

3.4.2 Oplevede barrierer hos borgerne

Medarbejderne oplever, at borgernes manglende motivation betyder, at det kan være nødvendigt, at medarbejderne tager initiativ og går foran, hvis der skal ske en

ændring i borgernes vaner. En medarbejder på et værested fortæller fx, at mange brugere på stedet (psykisk syge) er glade for de fælles ugentlige gå- og løbeture, men at de kun fungerer så længe, personalet tager initiativet. Ligeledes er det i forhold til gruppen af psykisk udviklingshæmmede afgørende, at medarbejderne tager initiativet og fx introducerer brugerne til sund kost og fysiske aktiviteter på botilbuddene. Medarbejderne oplever, at de udviklingshæmmede ofte handler lystbetonet, og at de typisk ikke har den evne til at reflektere over de langsigtede konsekvenser af deres vaner, som for de fleste andre mennesker er drivkraften bag en ændring af usunde vaner.

Det gælder på tværs af medarbejdergrupperne, at mange er opmærksomme på den barriere, der kan ligge hos socialt udsatte borgere i form af en generel skepsis og antipati over for alt, hvad de forbinder med det offentlige system. For at undgå, at borgerne reagerer med modvilje på sundhedsfremmende initiativer, foreslår medarbejderne bl.a. følgende principper for arbejdet:

- Medarbejderne skal vise, at de "er ligesom borgerne", dvs. at de skal være åbne om deres egne vanskeligheder med at leve sundt.
- Medarbejderne skal være rollemodeller, men på en måde så de ikke fremstår som perfekte og uopnåelige idealbilleder.
- Medarbejderne skal gå langsomt frem og ikke presse borgerne.

Flere medarbejdere forudser imidlertid ikke nogen større modstand hos borgerne over for en øget opmærksomhed på at arbejde med deres sundhed. Disse medarbejdere mener, at sundhedsfremme og forebyggelse ligger i naturlig forlængelse af det arbejde, som allerede foregår på væresteder, aktiveringssteder og andre tilbud med længerevarende kontakt med borgerne. De mener ikke, at kost og motion m.v. vil være særligt følsomme emner, fordi de i forvejen taler med borgerne om ganske personlige emner fx i forbindelse med afklaring af beskæftigelsesmuligheder. Enkelte mener endog, at sundhed i sammenligning med andet er et "ufarlig" emne, som borgerne ofte selv kommer ind på i forbindelse med sygdom, overvægt mv.

3.4.3 Barrierer hos medarbejderne

De typer af barrierer, som medarbejderne giver udtryk for, i forhold til at skulle arbejde med borgernes sundhed er af følgende tre typer:

- Sundhed opfattes som et følsomt arbejdsområde.
- Vejlederrollen og medarbejderen som rollemodel er vanskelig.
- Manglende tid.

Sundhed som et følsomt arbejdsområde

At dømme ud fra udtalelserne fra de interviewede repræsentanter for målgrupperne vil medarbejderne støde på både positivt indstillede og mere skeptiske borgere, som ikke mener, at deres sundhed er noget, kommunens medarbejdere skal blande sig i. Den samme variation i holdninger til sundhedsfremmende indsatser gælder for medarbejderne.

På den ene side er der medarbejdere, som finder det grænseoverskridende at skulle blande sig i, om fx beboerne på værestederne "skal have sukker på deres corn-

flakes” – som en udtrykker det. De mener, at det er vigtigt, at interessen for sundhed ikke kammer over i et ”sundhedsregime”, der tromler frem med formaninger og påbud. På den anden side er der medarbejdere, som mener, at de ikke kan tillade sig at lade være med at interessere sig for borgernes sundhed. Det gælder fx nogle af jobkonsulenterne, der oplever, at sygdom eller overvægt kan være den væsentligste barriere for at få de arbejdsløse i job. Enkelte oplever et dilemma mellem deres forpligtelse til kun at fokusere på det, der har med borgernes adgang til arbejdsmarkedet at gøre og samtidig kunne se, at en ændring af borgernes sundhedsmæssige vaner kan være nødvendig for, at de kan komme i job. Mange af jobkonsulenterne forsøger dog så vidt muligt at tage fat i problemstillinger såsom overvægt, hvis de oplever, at det er en væsentlig fysisk og psykisk forhindring i forhold til arbejdsmarkedet.

Vejledningsrollen og medarbejderen som rollemodel

Når vi spørger medarbejderne, om de har nogle barrierer eller forbehold i forhold til at skulle spørge og vejlede borgerne om sundhed, giver de fleste umiddelbart udtryk for, at de ikke kan se nogen barrierer. De oplever bl.a., at fokuseringen på sundhed kan være en naturlig del af den personlige samtale og relation, som de ofte allerede har i forbindelse med jobafklaring o.l.

Sagen viser sig dog at være lidt mere kompleks, når medarbejderne får lejlighed til at nuancere deres holdninger. Flere påpeger, at det sundhedsfremmende arbejde må være en konstant balancegang mellem interessen for borgernes sundhed og en accept af, at de er voksne mennesker og bestemmer selv. Mange medarbejdere finder det vigtigt at undgå, at fokuset på sundhed bliver formynderisk og tager friheden fra folk. Flere problematiserer i den forbindelse rygeforbudet på offentlige arbejdspladser¹³. De oplever det som et forsøg på at ”opdrage” medarbejdere såvel som brugere og synes, det går for langt. Flere peger desuden på, at rygeforbud i visse konkrete tilfælde har haft den uheldige konsekvens, at brugerne er forsvundet fra de sociale arrangementer, fordi de ikke må ryge. Det gælder et af værestederne. Desuden opponerer flere medarbejdere imod, at det skulle være nødvendigt, at de fungerer som rollemodeller for borgerne og dermed er nødt til selv at være sunde, ikke-rygende, slanke osv. Mange mener, at det kan være en fordel som rollemodel at vise, at man er menneskelig og selv kender til vanskelighederne ved at opretholde en sund levevis. De fleste medarbejdere er med andre ord enige om, at man godt kan formidle gode råd om sundhed uden selv at leve op til alle principper i budskabet.

På spørgsmålet om de oplever nogen barrierer i forhold til at tale med borgerne om sundhed, nævner medarbejderne emnet ”hygiejne” ved to af dialogmøderne. Når man skal tale sundhed med borgerne, er hygiejne ifølge flere medarbejdere et oplagt sted at starte, da det er et stort problem for en del af borgerne. Medarbejderne oplever imidlertid, at det er svært at fortælle borgerne, hvis de fx lugter dårligt eller er beskidte. Flere medarbejdere føler, at de generelt mangler redskaber til at snakke med borgerne om personlige problemer som hygiejne og alkoholmisbrug.

¹³ Forbuddet træder i kraft med den ny rygelov pr. 15. august 2007

Manglende tid

Manglende tid er en yderligere barriere, som medarbejderne oplever i forhold til at integrere sundhed som et element i det eksisterende arbejde. På jobcentrene oplever jobkonsulenterne eksempelvis, at der ikke altid er tilstrækkelig tid til at snakke om fx psykiske problemer eller overvægt, selvom de føler, det er nødvendigt, for at borgeren kan få det psykiske eller fysiske overskud at søge job. På aktiveringsstederne oplever nogle medarbejdere ligeledes, at det er svært at finde tid til at integrere sundhedsaspektet i det daglige arbejde. Det gælder både i forhold til nye initiativer og i forhold til at have tid til at reflektere over mulighederne for at tænke sundhed ind i de daglige vaner. Endelig gør nogle af medarbejderne på aktiveringsstederne opmærksom på, at tiden sætter en snæver ramme for de sundhedsfremmende tiltag, man kan sætte i gang på stederne. Tidsrammen for afklarings- og aktiveringsprojekter er begrænset til få uger eller måneder, og det er vigtigt at overveje, hvilke typer tiltag der egner sig til – og kan fortsætte efter – en så kort periode.

3.4.4 Medarbejdernes erfaringer og forslag

I de foregående afsnit har vi set på, hvilke overvejelser og forbehold medarbejderne kan have i forhold til at skulle arbejde med borgernes sundhed. I det følgende præsenterer vi nogle af medarbejdernes overvejelser med henblik på, hvordan man ud fra deres erfaringer kan få succes med det sundhedsfremmende arbejde. Blandt de vigtigste retningslinier, som medarbejderne foreslår, er:

- Man skal tage ”små skridt”, når man arbejder med sundhed i forhold til socialt udsatte.
- Tilbuddene skal være frivillige og ikke indebære tvang.
- Tilbuddene skal være præget af rummelighed; der skal være plads til individuelle ønsker og behov.
- Det skal være sjovt at deltage i de sundhedsfremmende aktiviteter.
- Man skal sørge for, at medarbejderne er klædt på fagligt til at arbejde med borgernes sundhed.

Små skridt

Hvad angår ”de små skridt”, er det et begreb, som flere medarbejdere bruger, dog særligt den gruppe, der har med førtidspensionisterne at gøre. At arbejdet skal foregå med små skridt betyder, at borgerne ikke skal presses til at leve sundere. Det er ifølge medarbejderne vigtigt, at gå langsomt til værks, ellers bakker borgerne ud. Specielt blandt kontanthjælpsmodtagere og førtidspensionister oplever medarbejderne, at mange har en vis ”modstand mod systemet”, som betyder, at de formodentlig også vil være skeptiske over for sundhedsfremmende initiativer. I forhold til dem anser medarbejderne det for at være vigtigt, at man ikke fokuserer for meget på sundhed. Det skal i stedet integreres som en del af hverdagen ved, at det sunde valg bliver let tilgængeligt fx igennem frugtskåle på frokostbordet o.l.

Frivillighed

Nogle medarbejdere arbejder allerede på steder, hvor fysisk aktivitet er en integreret del af aktiveringsprojektet og dermed ikke frivilligt. De mener overordnet, at det fungerer fint, og at de fleste borgere er glade for eller i det mindste accepterer ordningen. De fleste medarbejdere hælder imidlertid mest til, at de forskellige sundhedsfremmende aktiviteter skal være tilbud, ikke tvang. De mener, at man når længst med deres respektive brugergrupper ved at opfordre dem til at deltage og illustrere fordelene ved de frivillige tilbud. Man skal undgå at ”trække sundhedsprojekter ned over hovedet på folk”, idet man risikerer at fremme deres modstand imod – frem for interesse for – sundhed.

Rummelighed

Dernæst peger flere på vigtigheden af, at man medtænker ”rummelighed” i kommende sundhedsprojekter, når det gælder opfattelsen af, hvad sundhed og sundhedsfremme er. Der er stor forskel på behov og ønsker på tværs af de tre målgrupper af borgere i projekt Lighed i sundhed. For nogle vil det fremme deres sundhed at få et reelt måltid mad om dagen, for andre handler sundhed om at få brudt deres ensomhed, og for andre igen handler det om at få meldt sig til den fritidsaktivitet, som de deltog i, før de fik børn. Også inden for de enkelte målgrupper er borgernes behov meget forskellige. Både i kontanthjælps- og førtidspensionistgruppen er der en del borgere, hvis kroppe er medtagede af alkohol- eller stofmisbrug, og det kræver, at eksempelvis motionstilbud tilpasses til dem. Det samme gælder de stærkt overvægtige. Mange borgere inden for alle tre målgrupper har desuden forskellige former for skader, som sætter begrænsninger på, hvilke former for fysisk aktivitet, de kan deltage i. Her er det ifølge flere medarbejdere nødvendigt at tænke kreativt i forhold til, hvordan man kan fremme sundheden for disse personer.

Fornøjelse

Endelig peger flere medarbejdere på, at glæde og morskab bør være et vigtigt element i det sundhedsfremmende arbejde. Ved at lægge vægt på at det skal være sjovt at bevæge sig og leve sundt, håber de at kunne overkomme nogle af de barrierer, der som beskrevet kan være hos borgerne og medarbejderne selv. Nogle medarbejdere kommer med eksempler på aktiviteter, der har været til fælles morskab såsom sneboldkampe, rundbold og madlavning.

Uddannelse af medarbejderne

På et af dialogmøderne gør medarbejderne opmærksom på, at det er vigtigt at starte den sundhedsfremmende indsats med at ruste medarbejderne ved at give dem kurser og værktøjer, så de har en faglig ballast og fælles forståelse som udgangspunkt for arbejdet. Andre er enige i, at der er brug for en opkvalificering inden for det nye arbejdsområde. Bl.a. kommer det frem, at forhold omkring hygiejne er en særlig problematik, som mange føler sig dårligt rustede til at håndtere, og som de savner redskaber i forhold til.

I det følgende samler vi trådene for hver af målgrupperne fra analysens første del.

3.5 Fortolkning og perspektivering

3.5.1 Kontanthjælpsmodtagerne

Det skinner igennem i vores interview med kontanthjælpsmodtagerne, at mange af dem har fysiske og psykiske problemer. Det farver deres opfattelse i en negativ retning af, hvad der er muligt i forhold til at ændre på deres sundhed. De fysiske og psykiske begrænsninger bliver på den måde til en slags mentale barrierer, for så vidt som de fleste formodentlig ville være i stand til at deltage i en eller anden form for aktiviteter, som ville være gunstige for deres sundhed. Et første skridt mod et sundere liv for dem må derfor oplagt være at ændre deres indstilling til egne muligheder. Opgaven handler i så fald om at arbejde med deres selv- og sygdomsopfattelse, så man fx åbner deres øjne for aktiviteter, som er mulige på trods af deres sygdom.

I forhold til kontanthjælpsmodtagerne er der flere områder, hvor det er relevant at arbejde med eller nærmere udfordre deres opfattelser af tingene. For eksempel kan man diskutere den udbredte opfattelse med dem, at usund mad er billig og sund mad dyr. En sådan debat kan oplagt suppleres med kurser eller hverdagsaktiviteter, der rent praktisk viser, hvorledes sund, nem og billig mad kan se ud.

Uanset hvordan man griber det an, er det vigtigt, at man undgår at presse på, at virke formynderisk og tilføje sundhed som endnu en ting til listen over områder, hvor kontanthjælpsmodtagerne kan føle sig utilstrækkelige. Mange er i forvejen trætte af indblanding og kontrol fra det offentlige systems side.

En stor del af kontanthjælpsmodtagerne er i en underskudssituation, hvor de hverken har tid eller overskud til at gøre noget særligt for deres sundhed. I forhold til dem er det vigtigt at tænke i mulighederne for at integrere sunde vaner i deres hverdag og gøre det nemt. Det kan handle om at få dem til at cykle eller gå til aktiveringsstedet, introducere formiddagsfrugt og give dem gode ideer til ud-af-huset-aktiviteter med deres børn for blot at nævne et par eksempler.

I det hele taget vil en sundhedsfremmende indsats i forhold til kontanthjælpsmodtagerne have dårlige vilkår, hvis ikke man bruger en stor del af energien på at bedre kontanthjælpsmodtagernes psykiske sundhed. Et vigtigt led i denne proces er oplagt at sikre, at kontanthjælpsmodtagerne oplever deres hverdag på aktiveringsstederne som meningsfuld.

3.5.2 Førtidspensionisterne

Psykisk sundhed er centralt for de psykisk syge og misbrugerne. De fleste understreger, at deres psykiske sundhed skal forbedres, før de har overskud til at forbedre deres fysiske sundhed. I forhold til disse to grupper er det særlig vanskeligt at besvare spørgsmålet om, hvor man skal starte en eventuel indsats. Skal man gøre noget ved deres misbrug/psykiske sygdom først, eller skal man acceptere disse forhold som grundvilkår, og i stedet satse på andre sundhedsfremmende tiltag relateret til eksempelvis kost og fysisk aktivitet? Det må nødvendigvis bero på en individuel vurdering, om det fx er realistisk at hjælpe en misbruger ud af sit misbrug, eller om det bedste, man kan gøre for vedkommende, er at sikre stabile rammer og et dagligt måltid.

De psykisk syge og misbrugerne, som er tilknyttet stederne med mulighed for kost, udtrykker stor glæde ved at kunne få et godt måltid mad hver dag, særligt fordi de

sjældent selv magter at lave mad. Derfor er tilbuddet om et måltid mad hver dag på værestederne eller i aktivitetstilbuddene en måde, hvorpå flere af de psykisk syge og misbrugerne får forbedret deres sundhed. Derudover giver en del misbrugere udtryk for, at deres hverdag er præget af ensomhed og inaktivitet. I den forbindelse nævner flere, at dette kan afhjælpes ved fx at flytte i bofællesskab/botilbud eller ved at deltage i flere sociale aktiviteter. De sociale aktiviteter kan både være af fysisk art som forskellige former for fysisk aktivitet eller af social karakter, hvor der nærmere er fokus på en forbedring af det sparsomme sociale netværk.

De psykisk udviklingshæmmede har svært ved at reflektere over deres sundhed (se fx Stenbak & Trangbæk Petersen, 2004). De reflekterer bl.a. ikke over mulige negative konsekvenser ved at spise usundt eller ved manglende fysisk aktivitet. Derfor vil en forbedring af deres sundhed i høj grad afhænge af, hvorvidt botilbuddene inkorporerer sunde tilbud som en naturlig del af de udviklingshæmmedes hverdag.

Det virker, som om den eksisterende kostpolitik på nogle af botilbuddene har en positiv effekt, da nogle af de psykisk udviklingshæmmede giver udtryk for holdninger, der afspejler en interesse for sunde aktiviteter og sund kost. Flere af de udviklingshæmmede ønsker desuden flere handicapmotionstilbud af en type, hvor de kan være sammen med andre, der ligner dem selv.

3.5.3 De arbejdsløse

De arbejdsløse, vi har talt med, er reflekterede og vidende omkring sundhed. Mange af dem har desuden en række principper for – om ikke deres egen så i hvert fald deres børns – levevis, som handler om sund kost og fysisk aktivitet. Det er derfor oplagt at forsøge at nå denne målgruppe gennem deres interesse for børnene og børnenes sundhed. Det kræver nogle aktiviteter, som tager hensyn til, at børnefamilierne ofte føler sig pressede på tid, samt at der skal være muligheder i nærmiljøet, så det ikke er transporten, der afholder folk fra at være aktive.

Desuden er der flere i gruppen af arbejdsløse, som føler, at de har for lidt social kontakt, dels som konsekvens af, at de er arbejdsløse, dels som en konsekvens af, at de har fået børn og derfor ser venner mindre. Derfor er det en mulighed at ”sælge” forskellige sundhedsfremmende aktiviteter, bl.a. på deres sociale indhold.

Endelig virker det som en oplagt mulighed at benytte sig af kommunens særlige ressourcer i form af let adgang til strand- og naturområder. Forskellige arrangementer såsom vandreture og udflugter har den fordel, at de er billige i sammenligning med fx motionscentrene, og derudover kan de inspirere borgerne til selv at bruge naturen mere. Samtidig kan brugen af naturen i nærområdet være et alternativ for de borgere, der fx har langt til motionscentrene i de større byer.

3.5.4 Medarbejderne

Medarbejdernes iagttagelser af borgernes forhold til sundhed er i vidt omfang i overensstemmelse med borgernes oplevelser. Medarbejderne har blik for de vanskelige betingelser, som manglende motivation og generel skepsis udgør. De peger samtidig på strategier, som kan være med til at overkomme vanskelighederne. De mener, at det vigtigste er at gå langsomt frem og holde sig for øje, at vejen til forbedret sundhed kan være forskellig alt afhængig af den enkeltes udgangspunkt.

Samtidig finder mange medarbejdere det vigtigt, at de tager initiativ og går foran, når det fx handler om at introducere fysisk aktivitet i hverdagen og ikke kun vente på, at borgerne selv tager tråden op.

Selvom flere medarbejdere mener, at fokuset på sundhed ikke kan undgå at "smitte af" på deres egen livsstil, er de fleste er enige i, at positionen som rollemodel og formidler *ikke* kræver, at man selv efterlever alle principperne for en sund levevis. Tværtimod ser mange faktisk en fordel i, at de ikke er "for perfekte". Borgerne kan bedre relatere sig til dem, og kommunikationen bliver mere jævnbyrdig. Det fremstår i det hele taget som en væsentlig pointe hos både medarbejderne og målgrupperne, at borgerne ikke må føle sig talt ned til i de kommende sundhedsfremmende projekter. Mange borgere er positivt stemte over for at skulle arbejde med deres sundhed. Men andre har – som medarbejderne beskriver det – "modstand på" og vil være meget sensitive over for fremgangsmåden. Medarbejderne efterlyser i den forbindelse, at de får de rette kompetencer og redskaber til at arbejde med sensitivitet over for borgernes forbehold. Borgernes modstand kan ifølge medarbejderne mindskes ved at sikre, at deltagelsen i de sundhedsfremmende aktiviteter er præget af frivillighed, rummelighed, og fornøjelse, samt ved at udruste medarbejderne med de rigtige redskaber til at gribe problemstillingerne an.

4 Analyse del 2

Vigtige temaer for det sundhedsfremmende arbejde

I denne anden del af analysen præsenterer vi de væsentligste temaer – som vi ser i vores interviewmateriale – vedrørende sundhed for socialt udsatte. Det er i vid udstrækning de samme overvejelser og problemer, som interviewpersonerne fra de tre målgrupper samt medarbejderne kommer ind på. Temaerne i denne del af analysen går derfor på tværs af de tre målgrupper, og vi skelner kun i tilfælde, hvor en gruppe adskiller sig markant fra de andre. Vi præsenterer temaerne i en vilkårlig rækkefølge, der er altså ikke tale om en prioritering af mere eller mindre væsentlige emner.

Temaerne - og dermed overskrifterne - i det følgende skal ses som udtryk for de aspekter, som vi på baggrund af interviewmaterialet vurderer som de væsentligste at medtænke, når man skal arbejde med at fremme sundheden i socialt udsatte grupper. De er fremkommet ved, at vi har stillet spørgsmålene: Hvilke overvejelser går igen i interviewmaterialet? Og hvis vi skal følge logikken hos de interviewede, hvordan skal man så indrette og tænke sundhedsfremmende indsatser, så de bliver succesfulde? – disse spørgsmål har ledt os til at formulere følgende overskrifter analysen: kløft mellem viden og handling, meningsfuldhed, tilgængelighed, det sociale element, stigmatisering, fornøjelse og frivillighed samt økonomi. De uddybes i det følgende.

4.1 Kløft mellem viden og handling

Meget sundhedsfremmende arbejde fokuserer på informations- og oplysningskampagner med det formål at øge den almene befolknings viden om sundhed¹⁴. At vurdere ud fra vores interview har dette fokus på viden også haft en effekt blandt nogle af de mindst ressourcestærke borgere. De fleste af vores interviewpersoner har således en basal viden om sundhed. De kender de mest gængse anbefalinger i forhold til sundhed, såsom at spise mange grønsager, at motionere, at gå eller cykle i stedet for at tage bussen, at tage trappen, at lege med sine børn osv.

Enkelte har en lidt ekstrem udlægning eller brug af deres viden, som fx et par unge mænd, der er ekstremt fitnessinteresserede. Desuden er der en del repræsentanter for den holdning, at der er så mange og til tider forskelligrettede råd om sundhed, at man må forholde sig skeptisk. For flere af dem er det en begrundelse for ikke at følge rådene.

Endvidere ser vi flere eksempler på, at interviewpersonerne har misforstået informationer om sundhed. I gruppen af kontanthjælpsmodtagerne med anden etnisk baggrund er der således et par eksempler. En kvinde mener fx, at det generelt er usundt at spise æg. Senere i interviewet viser det sig, at kvindens mand har forhøjet kolesteroltal, og at kostrådet stammer derfra. Ligeledes har vi et par eksempler på borgere med anden etnisk baggrund, som mener, at det ikke er usundt for børn at spise slik og fastfood, fordi de er så aktive. En kvinde har fx den holdning, at ”så

¹⁴ Et eksempel er kampagnen ”6 om dagen” rettet mod at få borgerne til at spise mere frugt. Se <http://6omdagen.dk/> og www.sst.dk/Forebyggelse/Mad_og_motion/Ernaering/Kampagner_og_projekter/6_om_dagen.aspx?lang=da

længe børnene er små, må de spise, hvad de vil". Denne tankegang knytter sig til en forestilling, som skinner igennem hos flere interviewpersoner. Det er opfattelsen af, at mennesker, som ikke bærer synlige tegn på usundhed, så som fx overvægt, ikke er usunde. I første del af analysen gav vi ligeledes et eksempel på en mand, som mente, at han ikke havde grund til at tænke på sin sundhed, fordi han var slank. Konsekvenserne af en usund livsstil skal tilsyneladende have et eksplicit udtryk, før man tager handling på eventuelle sundhedsskadelige vaner. Mange har altså svært ved at føle et tilstrækkeligt stærkt incitament til at gøre noget ved deres sundhed, så længe de ikke selv kan mærke eller se nogle negative konsekvenser af deres nuværende livsførelse.

Spørgsmålet er, om forestillingen om sundhed knyttet til synlige tegn kan manes i jorden ved at formidle mere viden om den sundhed og usundhed, som mennesker ikke umiddelbart kan iagttage. Vores fornemmelse ud fra interviewene er, at de fleste godt ved, fx at usund kost kan have negative konsekvenser for helbredet, selv om det ikke sætter sig synlige spor i form af overvægt. Det kan imidlertid være bekvemt at ignorere de problemer, man ikke kan se. En opgave for personale, der skal arbejde med sundhed i forhold til disse grupper, kan derfor være at prøve at udfordre forestillinger som dem, vi har præsenteret her. Det er eksempelvis vigtigt at fortælle forældre, hvilke vanedannende konsekvenser sukkerholdig og fed kost på sigt kan have for deres børn.

Det er primært i gruppen af kontanthjælpsmodtagerne med anden etnisk baggrund, vi finder et decideret ønske om at få mere viden om sundhed. Flere af dem reflekterer over, at mange af deres medborgere med anden etnisk baggrund ikke er så velinformerede om sundhed. En kvinde, som selv er analfabet, foreslår programmer på de tyrkiske og arabiske tv-kanaler om sundhed. I det boligområde, hvor vi har lavet interview med kontanthjælpsmodtagere af anden etnisk baggrund, er man allerede i gang med at sørge for formidling af viden gennem såkaldte "sundhedsambassadører", dvs. lokale beboere, som bliver oplært til at assistere deres naboer og venner med viden og støtte i forhold til at fremme deres sundhed.

Ser vi imidlertid bort fra den gruppe, så mener vi at kunne slutte, at det faktisk ikke er mangel på viden, som er den største forhindring for, at socialt udsatte kan komme til at leve sundere, men derimod at de ikke omsætter viden til handling. Man kan tale om viden på mange niveauer fra det abstrakte (fx grønsager er sundt) til det lavpraktiske (fx hvordan man tilbereder en broccoli, og hvilke færdigretter der er sunde). Det er svært at gennemskue ud fra deres udtalelser, om vores interviewpersoner faktisk har den praktiske viden til at føre de overordnede råd ud i livet, sådan som mange af dem giver udtryk for. Det er muligt, at flere kunne have gavn af informationer af en praktisk karakter, som kunne hjælpe dem til at omsætte deres viden

Ovenstående eksempler tyder desuden på, at visse forestillinger og udlægninger af oplysninger om sundhed har brug for at blive udfordret. Det gælder imidlertid for de borgere, vi har talt med, at de ville være væsentligt sundere, hvis de fulgte den viden, de har. Dette forhold gælder sikkert også for mange andre borgere. Det interessante i denne undersøgelse er imidlertid at forsøge at sige noget om, hvorfor målgrupperne ikke evner eller har lyst til at omsætte deres viden til handling. I det følgende ser vi på forhold, som måske kan være en del af forklaringen.

4.2 Meningsfuldhed

Idet arbejde ofte ses som den primære kilde til identitet, er det oplagt, at man kan opleve det at stå uden for arbejdsmarkedet som en mangel på identitet og mening med tilværelsen (fx Madsen et al., 2007). Denne pointe understøttes af mange af vores interviewpersoner, som ønsker – om ikke et arbejde – så noget meningsfyldt at give sig til. Det er imidlertid netop meningsfuldhed og psykisk overskud, som mange af vores interviewpersoner savner. Som flere gør opmærksom på, er et vist overskud en forudsætning for, at man begynder at tænke på og eventuelt ændre sin sundhed. Med henvisning til det forrige afsnit kan man med andre ord sige, at det nærmere er overskud frem for viden, som de interviewede mangler.

Frustrationen over ikke ”at have noget at stå op til” går igen på tværs af de tre målgrupper, men udtrykkes mest eksplicit hos mange af kontanthjælpsmodtagerne. En mand siger fx om det aktiveringsprojekt, han deltager i, at det er en ”parkeringsplads for folk”, samt at man nedvurderer folk ved at sætte dem til at lave ”idiotarbejde”.

Kritikken af kontanthjælpsstederne for ikke at tilbyde meningsfyldte aktiviteter er meget enslydende til trods for, at stederne følger meget forskellige strategier over for deres brugere. I en kommune består aktiveringen i værkstedslignende fabriksarbejde, mens en anden kommune benytter sig af et afklaringsforløb, hvor der ikke må foregå egentlig produktion. Afklaringen foregår her via samtaler med personalet og jobsøgning via computeren.

Oplevelsen af meningsløshed er klart mest markant hos kontanthjælpsmodtagerne i afklaringsforløbet; mange af dem er ikke vant til at sidde foran en computer så mange timer om dagen, de bliver rastløse og synes ikke, der er nye jobs at søge, eller at deres jobsøgning giver pote. Disse kontanthjælpsmodtagere efterspørger bl.a. et eller flere værksteder med fx gartneri, møbelværksted e.l. En kvinde foreslår desuden, at de kan male og istandsætte legeredskaber for de lokale daginstitutioner. Kontanthjælpsmodtagerne i den anden kommune er frustrerede over den type arbejde, som de skal lave i aktiveringen. Mange af dem oplever prismærkning af bøger, samling af papkasser o.l. som meningsløst arbejde.

En forudsætning for at komme til at leve sundere er ifølge flere af kontanthjælpsmodtagerne, at de får mulighed for at lave noget, som er meningsfuldt for dem. Her nævner flere bl.a. motionstilbud som en mulig aktivitet, der ofte giver mere mening end det, de ellers laver på aktiveringsstederne. I bedste fald kan eventuelle aktivitetstilbud altså blive et meningsfuldt afbræk i hverdagen.

4.3 Tilgængelighed

Som vi tidligere har vist, oplever vores interviewpersoner en række barrierer for at leve sundere. Derfor er det væsentligt i forhold til denne gruppe, at det er ”nemt” at komme i gang med de sunde vaner. Fordi mange inden for målgruppen mangler overskud til selv at tage initiativ til en sundere livsstil, er det særligt afgørende for den gruppe, at fx sund mad og fysisk aktivitet er let tilgængeligt.

Tilgængelighed indebærer flere ting. Det kan betyde, at det ”sunde valg” er:

- praktisk og tidsmæssigt tilgængeligt
- økonomisk tilgængeligt
- mentalt tilgængeligt

Praktisk tilgængelighed handler fx om, at borgere, der bor i udkantkommunerne, ikke har alt for langt til motionstilbuddene. Desuden betyder det en del for mange, at der findes motionstilbud, som matcher specielle behov for tilbud på skæve tidspunkter. Enkelte mener endvidere, at det ville blive lettere at foretage sunde valg, at hvis de sunde madvarer bliver mærket med ”smileys”.

Ønsket om, at det skal være billigere at leve sundt, er markant i de fleste af vores interview. Oplevelsen hos mange er, at deres økonomiske råderum på offentlig forsørgelse er så begrænset, at det i sig selv er en hindring for en sundere livsstil. De typiske forslag går på billige motionstilbud og sænket moms på frugt og grønt.

Endelig handler tilgængelighed også om at ændre borgernes mentale indstilling, så de får øjnene op for de eksisterende muligheder. Det kan bl.a. ske ved, at de kommunale aktiverings- og væresteder illustrerer de sunde muligheder i hverdagen, og at borgerne herigennem får inspiration og lyst til at leve sundere hjemme.

4.4 Det sociale element

Som belyst i analysens første del har det sociale samvær stor betydning for lysten til at gøre noget ved sin sundhed. Samværet med andre er desuden en væsentlig drivkraft i forhold til at være fysisk aktiv. For det første giver motion lejlighed til at se de venner, man allerede har, og det giver et incitament til at komme af sted. En af kontanthjælpsmodtagerne fortæller fx, at hun ofte ringer rundt til veninderne for at sikre sig, at de kommer til den ugentlige motion. For det andet kan motion være en kilde til nye bekendtskaber og sociale relationer. Flere af vores interviewpersoner har givet udtryk for, at en udvidelse af deres sociale netværk ville være det primære incitament til at deltage i motions- og aktivitetstilbud. Det sociale element er derfor vigtigt at medtænke i de sundhedsfremmende aktiviteter, som man ønsker at målrette til borgere uden for arbejdsmarkedet.

Et eksempel på, at det sociale opfattes som vigtigt for lysten til at være aktiv, finder vi på flere af de aktiveringssteder, som vi har besøgt i forbindelse med interviewene. Flere af aktiveringsstederne har allerede motionsrum, som deltagerne frit kan bruge. De fortæller imidlertid, at de stort set ikke bruger det, hvis de individuelt skal tage initiativet. Flere giver udtryk for, at det er kedeligt at gå i motionsrummet alene, og det er svært at tage sig sammen til at gå derind sammen med mennesker, man knap nok kender. De ser helst, at motionsrummet er noget, man bruger fælles og som et hold. Det sociale element er her en vigtig motivationsfaktor og holder deltagerne til ilden.

Lige som socialt samvær kan være en drivkraft i forhold til at fremme sundheden, kan socialt samvær, sociale netværk og fællesskaber også være en forhindring for en sundere livsstil. Blandt andet nævner en del førtidspensionister, at rygning for dem er tæt forbundet med socialt samvær og hygge med andre. På et værested, hvor de har forbudt rygning i fællesarealerne, har forbudet haft den konsekvens, at

langt de fleste beboere og brugere forlader opholdsrummet umiddelbart efter den fælles spisning. Tidligere blev mange siddende og hyggede sig over en cigaret. Dermed har fokuseringen på personalets og brugernes sundhed betydet, at de sociale fællesskaber på stedet har fået sværere kår. Det er særlig problematisk i forhold til gruppen af førtidspensionister, hvoraf mange kæmper mod ensomheden. Derfor kan sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til denne gruppe handle om at etablere og fastholde nogle stabile sociale relationer, som ikke er knyttet til decideret sundhedsskadelige vaner såsom rygning og alkohol.

Det forhold, at en aktivitet som rygning kan være fremmede for menneskers psykiske velbefindende, indebærer ikke desto mindre et dilemma, som består i at afveje fysisk skadelige virkninger mod psykisk velbefindende ud fra en vurdering af, hvad der er bedst for den enkeltes sundhed. Mange sundhedsfremme-initiativer vægter fysisk sundhed højest, men vi må konstatere, at mange af vores interviewpersoner er tilbøjelige til at vægte deres psykiske velbefindende knyttet til socialt samvær højere. Det må derfor være vigtigt, at man gør sig overvejelser om vægtningen mellem de fysiske og de psykiske sider af sundhed i forbindelse med sundhedsfremmende initiativer.

Samlet set vil det for langt de fleste interviewpersoner fremme muligheden for at forbedre deres sundhedsmæssige situation, hvis det sociale element bliver tænkt ind i de tilbud, som kommunen udbyder.

4.5 Stigmatisering

Som beskrevet oven for er mange interesserede i at dyrke motion o.l. sammen med andre, og de kan sagtens forestille sig, at det kan foregå i forbindelse med deres aktiveringssted, værested e.l. En del giver imidlertid udtryk for, at de ikke ønsker at adskille sig fra ”almindelige mennesker” og føle sig stemplet, hvis de skal dyrke motion sammen med andre kontanthjælpsmodtagere, arbejdsløse osv. En af interviewpersonerne forklarer, at man ikke nødvendigvis har noget tilfælles med andre arbejdsløse, blot fordi man er arbejdsløs. En del bryder sig derfor ikke om at ”blive sat i bås med” andre arbejdsløse. En kvinde beskriver, at hun ville finde det grænseoverskridende, hvis hun skulle gå tur i nærområdet sammen med andre arbejdsløse, da alle i området ved, at de kommer fra aktiveringsstedet.

Flere interviewpersoner kommer med forslag til, hvordan man kan undgå denne stigmatisering eller stempling af mennesker, som måske i forvejen føler sig uden for resten af samfundet. Et bud er, at man giver de arbejdsløse mulighed for at benytte sig af eksisterende tilbud på favorable betingelser. Her er det som oftest billig adgang til et motionscenter, der bliver nævnt. Flere sætter pris på, at de i motionscentret kan fungere på lige fod med folk, der ikke er arbejdsløse etc. Dog understreger mange, at de kun har lyst til at komme i et motionscenter, hvor der er plads til alle, dvs. både ”hyggemotionister” og ambitiøse sportsfolk. En fortæller, at hun synes, det er svært at starte op i et motionscenter, hvor alle er slanke og ser smarte ud. Det har flere gange afholdt hende fra at starte i et motionscenter, hvilket er noget flere af interviewpersonerne kan nikke genkendende til. Det er med andre ord centralt, at man føler sig godt tilpas og ikke som en del af ”en gruppe arbejdsløse”. Derudover kan det være et problem for mange, at de ikke har økonomiske midler til at købe det rigtige udstyr til at gå i et motionscenter, og det kan igen få dem til at føle sig utilpasse. På et af aktiveringsstederne har man søgt at imødekomme dette ved at købe træningstøj og sko til deltagerne i en genbrugsbutik.

I forbindelse med snakken om motionscentre foreslår flere interviewpersoner, at det kan være et frivilligt tilbud og alternativ til andre aktiveringstilbud. Desuden ønsker mange, at det kan fortsætte som et billigt motionstilbud efter aktiveringsperioden. Flere mener endvidere, at det er en god idé med nogle aktivitetstilbud, der er henvendt til grupper af "ligesindede" fx arbejdsløse i en bestemt aldersgruppe eller blot borgere i en bestemt aldersgruppe. En mindre gruppe piger af anden etnisk baggrund har et ønske om, at der kommer flere fitnessklubber til muslimske kvinder eller andre tilbud henvendt specielt til dem.

4.6 Fornøjelse og frivillighed

Ved flere af interviewene debatteres det, hvorvidt deltagelse i motions- og aktivitetstilbud skal være frivillig eller et krav til modtagere af offentlig forsørgelse. Mange vil gerne deltage i eventuelle tilbud, men de mener ikke, at kommunen skal tvinge borgerne. En af interviewpersonerne siger bl.a., at det er centralt, at det er frivillige tilbud, for ellers er det ikke sjovt. Samtidig er det centralt, at aktiviteten bliver en naturlig del af hverdagen og dermed ikke en sur pligt.

Flere af de interviewede er opmærksomme på den positive spiral, som kan sættes i gang, hvis man oplever at have det sjovt indimellem i hverdagen. Man får lyst til at bevæge sig mere, kroppen får det bedre fysisk, og det medfører et større psykisk overskud. Som en af interviewpersonerne siger: "Et kvarters motion [om dagen] er motion for sjælen". Derfor er vigtigt at tænke fysisk aktivitet på en bred måde. Det kan fx være pausegymnastik på aktiveringsstederne og andre aktiviteter, som bringer latteren frem. I det hele taget virker det oplagt at tænke i, hvordan man kan forbedre folks sundhed gennem humor og morskab. En interviewperson fortæller fx, at hun på et tidligere aktiveringsforløb deltog i gøgl som en del af aktiveringen. De afsluttede gøglerværkstedet med en times opvisning for deres børn til stor morskab for både dem selv, deres børn og de ansatte. De ansatte på et af aktiveringsstederne fortæller desuden, hvordan de bruger humor og selvironi, når de laver fysisk aktivitet med borgerne. Ved fx at gøre grin med egen manglende kondition kan medarbejderne medvirke til at fremme en uhøjtidelig stemning, som giver plads til alle.

4.7 Økonomi

Som vi har vist i første del af analysen, oplever mange af interviewpersonerne manglende økonomiske midler som en hindring for at kunne leve sundt. De fleste mener, at det er dyrere at leve sundt end usundt, og flere giver udtryk for, at de gerne ville leve sundere, hvis de havde pengene til det. Når andre interviewpersoner eller vi som interviewere "udfordrer" denne holdning ved at pointere, at der findes billig sund mad og gratis former for fysisk aktivitet, indrømmer de fleste, at de ikke benytter sig af de gratis muligheder. Det skyldes enten, at de ikke tænker i de baner, eller at de ikke har overskud til at benytte sig af mulighederne. En forklaring på dette forhold kan oplagt findes i de førnævnte barrierer, manglende socialt netværk, angst for stigmatisering osv.

Interviewpersonerne taler i bemærkelsesværdig høj grad primært om motion som en fysisk aktivitet, man kan gå til, og som koster noget. Fra et sundhedsfremme perspektiv indbefatter fysisk aktivitet alle former for bevægelse og ikke kun organiseret motion. Tendensen i interviewpersonernes udtalelser er så markant, at fokuseringen på organiseret motion i vores interviewmateriale antagelig ikke kun skyl-

des vores manglende opmærksomhed på at spørge ind til anden fysisk aktivitet, men at interviewpersoner faktisk primært forbinder sundhed og fysisk aktivitet med motionscentre o.l. Det, at de fokuserer så kraftigt på motionscenter-motion og andre bekostelige aktiviteter, forstærker deres følelse af ikke at have råd til en sund livsstil.

Ud over billig adgang til motionstilbud foreslår en del af interviewpersonerne, at aktiveringssteder o.l. tilbyder kurser om, hvordan man kan lave billig sund mad, kostvejledning o.l. Derudover mener nogle, at et tilbud om et kursus i budgetplanlægning vil være en god idé, således at der kommer et større råderum i det daglige til at leve sundere.

4.8 Sammenfatning

Det er altså muligt at identificere nogle temaer på tværs af undersøgelsens målgrupper, som kan give ideer til, hvor det kan være hensigtsmæssigt at rette indsatsen hen, når man arbejder med at fremme sundheden for borgere uden for arbejdsmarkedet. Noget tyder på, at formidling af ny viden til disse grupper ikke er den mest presserende opgave. De fleste har tilstrækkelig teoretisk viden til at leve sundere, end de gør, selv om de ser ud til at have svært ved at omsætte denne viden til praksis (Kløft mellem viden og handling). Et væsentligt problem er i den forbindelse, at mange ikke har det mentale overskud til at tænke på deres sundhed. Deres underskud skyldes bl.a., at de oplever mangel på mening og social kontakt i deres hverdag (Meningsfuldhed, Det sociale element), samt at de sunde valg opleves som svært tilgængelige, økonomisk og på anden måde (Tilgængelighed, Økonomi). Endelig er det vigtigt, når målgrupperne skal gøre sig erfaringer med en sund livsstil, at de oplever det som positivt og ikke stigmatiserende (Stigmatisering, Fornøjelse og frivillighed). I det følgende vil vi yderligere opsummere de væsentligste inspirationer, som vi mener, man kan drage af de to analysedele.

5 Opsummering og gode råd

I de foregående to analysekapitler har vi – baseret på udvalgte borgere og medarbejders udsagn – peget på nogle muligheder og begrænsninger for, at borgere uden for arbejdsmarkedet kan komme til at leve sundere. I det følgende vil vi samle trådene fra analysen ved at specificere en række gode råd og inspiration til, hvordan kommunerne kan fremme sundheden for socialt udsatte defineret som borgere uden for arbejdsmarkedet. Indholdet i disse gode råd er udtryk for vores udlægning af materialet og skal ikke opfattes som officielle anbefalinger.

Undersøgelsen peger på, at man gennem tilbud og rammer kan bidrage til at fremme sundheden hos socialt udsatte ved at medtænke følgende råd:

Undgå ensidig fokus på fysisk sundhed på bekostning af socialt velvære

Meget socialt samvær og hygge er forbundet med usunde vaner såsom rygning og alkohol. Sundhedsfremmende arbejde indebærer derfor af og til den udfordring at mindske de usunde vaner uden at mindske det sociale samvær, der er forbundet med dem. På nogle væresteder betyder det eksempelvis, at man må overveje, hvordan man vil tackle forbuddet mod rygning på offentlige steder og arbejdspladser for at undgå, at brugerne trækker sig tilbage fra det sociale samvær. Det rejser bl.a. spørgsmålet, om hvordan man kan skabe positive alternative samværsformer, der kan fremme sundheden.

Gå frem med "små skridt"

Det er særlig vigtigt at gå langsomt frem, når man arbejder med sundhedstilbud til socialt udsatte borgere. Tilbuddene skal desuden tage højde for, at man må gå frem i forskellige tempi i forhold til de forskellige borgere; der skal være plads til individuelle forskelle, hvad angår fx behov og motivation.

Gøre det sunde valg tilgængeligt, økonomisk, tidsmæssigt, praktisk og mentalt

Mange borgere i målgruppen er som udgangspunkt i en underskudssituation. Derfor er det vigtigt at skabe nogle rammer og muligheder, som støtter borgerne i at træffe sunde valg. Kommunen kan sikre en fælles kommunal ramme om indsatsen gennem sundhedspolitikker og handleplaner. Hvad angår de enkelte institutioner, kan en klar politik på hver institution sikre, at medarbejdere og borgere får en fælles platform for de sundhedsfremmende initiativer. Det gælder på mange niveauer lige fra overordnede politikker om fysisk aktivitet og sund mad til små rutiner i hverdagen som fx at stille frugtskålen frem, at dele de sunde og nemme opskrifter, lægge op til en sneboldkamp, købe nogle brugte cykler til fri afbenyttelse, bruge naturens gratis ressourcer osv.

Tænke det sociale element ind

Det kan være svært at mobilisere viljestyrken og lysten til at ændre de daglige vaner, hvis man står helt alene. Det gælder i særdeleshed de målgrupper, vi har med at gøre her. Socialt samvær kan være med til at motivere og fastholde borgerne i en sundere livsstil. Derfor er det vigtigt at tænke det sociale element ind i de sundhedsfremmende aktiviteter, som man ønsker, at målgruppen skal deltage i.

Undgå tvang og formynderi

Selvom det kan være fristende at gøre fysisk aktivitet til et krav på fx aktiveringsstederne, tyder denne undersøgelse på, at man kommer længst med at gøre de sunde alternativer til noget, borgerne kan vælge frit. Det udelukker imidlertid ikke, at medarbejderne aktivt opfordrer borgerne til at deltage.

Tænke over, hvordan man kan give målgrupperne "noget at stå op til"

Fysisk og psykisk velbefindende handler ikke bare om, at man spiser sundt og er fysisk aktiv i sin fritid. Det er afgørende, at man beskæftiger sig med noget meningsfuldt i hverdagen. Derfor er det vigtigt, at borgerne oplever aktiviteterne på botilbud, være- og aktiveringssteder som meningsfulde.

Udfordre den holdning at det er dyrere at leve sundt

Manglende økonomiske midler er et af de mest anvendte argumenter for ikke at kunne leve sundt. Derfor er det vigtigt at debattere, illustrere og udveksle erfaringer om, hvordan sunde vaner kan gøres billigere. Det kan foregå både gennem uformelle samtaler over frokostbordet og gennem decideret undervisning eller foredrag.

Udfordre målgruppernes opfattelse af sig selv som syge og derfor pr. definition usunde

Mange borgere inden for målgrupperne har alvorlige helbredsmæssige problemer. Det er imidlertid vigtigt, at disse problemer ikke kommer til at dominere deres selvopfattelse i en sådan grad, at de kun ser sig selv som syge. Sygdomsfikseringen bliver let en barriere for at se mulighederne for at leve sundere.

Arrangere tilbud med tidsmæssig og rummelig fleksibilitet i forhold til børnefamilierne

Mange forældre prioriterer deres børns sundhed højt, men ofte på bekostning af tiden til deres egne aktiviteter (De kører fx børnene til sport, men deltager ikke selv). Ved at arrangere aktiviteter med plads til både børn og voksne, har man en chance for at engagere begge parter. Desuden kan aktiviteter i dagtimerne være en mulighed for arbejdsløse forældre, som ikke kan forene aftenaktiviteter med deres familieliv.

Undgå stigmatisering af målgrupperne

Det er vigtigt, at eventuelle tilbud ikke kommer til at medvirke til stigmatisering af målgrupperne. Man skal fx ikke oprette ”stavgangshold for arbejdsløse motionister”, men derimod tænke i aktiviteter, der kan integrere målgrupperne i det øvrige samfund.

Gøre det sjovt at være aktiv

I en situation hvor mange måske oplever, at der ikke er megen morskab i deres hverdag, er det vigtigt, at sundhedsfremmende aktiviteter ikke opleves som en sur pligt eller endnu et krav, som man ikke kan honorere. Man skal have en positiv tilgang, og morskab og glæde skal tænkes ind.

Tænke i hjælp til at skabe struktur og dermed frigøre overskud

Det kræver et vist overskud at gøre noget ved sin sundhed. Ved at yde hjælp i form af fx bostøtte, rengøring og økonomisk bistand kan man frigive nogle ressourcer hos den enkelte borger, så vedkommende har mere overskud til at tænke på sig selv og sit velbefindende.

Fælles for mange inden for målgrupperne er endvidere, at de ikke har den samme struktur på hverdagen som folk med arbejde. Her kan forskellige sundhedstilbud give en form for struktur og dermed bidrage til at udfylde et tomrum. De sundhedsfremmende aktiviteter kan følgelig tænkes ind og bruges som en del af de kommunale tilbud.

Tænke økonomi på en kreativ måde

Målgruppen har svært ved at tænke ud over deres begrænsede økonomiske midler. Der kan være tale om en reel økonomisk barriere eller en bekvem undskyldning for ikke at foretage sig noget. For at afhjælpe de økonomiske begrænsninger kan det fx være relevant at yde hjælp til budgetlægning. For andre borgere handler det om at få overskud og inspiration til at dyrke de billige og gratis sunde muligheder, fx at udnytte de gratis ressourcer i naturen.

Bygge på borgernes egne ressourcer

Selvom mange borgere inden for målgrupperne ikke har noget stort overskud, har mange af dem ganske givet nogle gode ideer, som kan inspirere aktiviteterne på de kommunale steder såvel som hjemme hos andre borgere. Man kan fx tage udgangspunkt i, hvad kontanthjælpsmodtagerne selv definerer som meningsfuld aktivitet, såsom at istandsætte den lokale daginstitutions legeredskaber. Man kan skabe et forum for at få borgernes gode ideer frem i lyset til gensidig inspiration. Så ville man måske høre den unge muslimske mor fortælle, hvordan hun hver aften efter aftensmaden springer op og danser mavedans med sine børn.

Sørge for at klæde medarbejderne på til at arbejde med borgernes sundhed

Det er vigtigt medarbejderne kan agere professionelt og undgå at optræde ambivalent og usikkert over for borgerne. Uanset om der er tale om et nyt felt, eller om medarbejderne er vant til at arbejde med sundhed, må man sikre, at de er fagligt kvalificerede til opgaven. Derfor må en sundhedsfremmende indsats også indebære, at medarbejderne får de nødvendige kurser og redskaber.

5.1 Afrunding

Sluttelig vil vi minde om, at denne rapport er tænkt som en inspiration til modelkommunerne i det konkrete arbejde med at udvikle tilbud og rammer for socialt udsatte borgere i kommunen. Rapportens gode råd skal opfattes som vores udlægning af budene fra de personer, som har bidraget til undersøgelsen. Man må derfor ikke læse rådene som et efterprøvet bud på, hvilke sundhedsfremmende indsatser der vil virke over for socialt udsatte generelt. Pointerne er baseret på en udvalgt gruppe menneskers udtalelser, men det er samtidig – for borgernes vedkommende – mennesker, som har erfaringer med at være i en livssituation, hvor overvejelser om at passe på deres helbred og sundhed let glider i baggrunden. For medarbejdernes vedkommende er der tale om folk, som har års erfaringer med målgrupperne og i nogle tilfælde med sundhedsfremmende arbejde. Sammen kan borgernes og medarbejdernes overvejelser derfor være relevante og inspirerende for kommuner og andre, der skal arbejde med at gøre det lettere for alle at leve sundt.

6 Litteratur

Bak, P. (2005): Mødet mellem eksplicite og "tavse" kundskaber i praksisfællesskaber: fokusgruppeinterview med tværfaglige team i social- og sundhedssektoren med forebyggende og sundhedsfremmende opgaver. 60 s. Serie: Master of Public Health; MPH 2005: 12
Forlag: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap.

Bandura, A. (1977): *Social learning theory*. Prentice-Hall series in social learning theory. Forlag: Prentice-Hall.

Bandura, A. (2002): *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press.

Becker, M. H., ed (1974): The Health Belief Model and Personal Health Behavior. I *Health Education Monographs* 2: 324-473.

Bojln, N.S. & Lunde, I.M. (1995): Fokusgruppeinterview som kvalitativ forskningsmetode. I: *Ugeskrift for læger*. – Årg. 157, nr. 23 (1995). – S. 3315-3318.

Braveman, P. (2006): Health disparities and health equity: concepts and measurement. I: *Annual review of Public Health* 2006; 27:167-194.

Brødsgaard, A. & Hansen, P.G. (2001): Fokusgruppeinterview: et kvalitativt evalueringværktøj I: *Klinisk sygepleje*. – Årg. 15, nr. 5 (2001). – S. 273-278.

Brønnum-Hansen, H & Baadsgaard, M. (2007): *Increasing social inequality in life expectancy in Denmark*. European Journal of Public Health. Statens Institut for Folkesundhed.

Diderichsen, F; Habroe, M; Nygaard, E (2006) At prioritere ulighed i sundhed - Analysestrategi og resultater for Københavns Kommune. Folkesundhed København

Ekholm, O; Kjølle, M; Davidsen, M et al. (2007) Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987. København. Statens Institut for Folkesundhed

Ingerslev, O; Madsen, M & Andersen O. (1994): Sociale forskelle i dødeligheden i Danmark: dødelighed i relation til erhvervsaktivitet, socioøkonomisk gruppe, uddannelse og ledighed. København: Sundhedsministeriet.

Janz, N. K. & Becker, M. H., ed (1984): The Health Belief Model: A Decade Later. I *Health Education Quarterly* 11:1-47.

Kristiansen, M., Munch-Petersen, M., Diderichsen, F. & Krasnik, A. (2007): Borgerrettet forebyggelse og lighed i sundhed – planlægning af forebyggende indsatser til socialt udsatte grupper. Sundhedsstyrelsen.

Kudahl, S. (2007): "Social slagside i sundhed vokser og vokser" i Ugebrevet A4, p. 15-18. 2. april.

Kvale, S. (1997): Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København: Hans Reitzels forlag.

Launsø, L. & Rieper, O. (2005): Forskning om og med mennesker: forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. København: Nyt Nordisk Forlag.

Levenson, H. (1973): Multidimensional Locus of Control in Psychiatric Patients. I *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41: 397-404.

Madsen, M. B.; Filges, T., Hohnen, P., Jensen, S. og Nærvig Petersen, K. (2007): Vil De gerne have et arbejde? - En undersøgelse af arbejdsmotivation og fleksibilitet hos arbejdsmarkedsparede ledige. København: Socialforskningsinstituttet. Rapport 07:2007

Pajares, F. (2002): *Overview of Social Cognitive Theory and Self-efficacy*. Retrieved November, 29, 2004 from <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/eff.html>.

Rasmussen, N.K. (1999): *Social arv, social ulighed i sundhed og hvad kan forebygges?* Arbejdsrapport 17 om social arv. Socialforskningsinstituttet.

Rotter, J. B. (1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. I *Psychological monographs*, Vol. 80, No 1.

Stenbak, E. & Petersen, M.T. (2004): *Brugerinddragelse i praksis. De gode eksempler*. Socialt udviklingscenter SUS.

Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997): The Health Belief Model. i *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. Eds K. Glanz, F. M. Lewis & B. K. Rimer. San Francisco: Jossey-Bass.

Sundhedsstyrelsen (2005): *Terminologi – forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. Sundhedsstyrelsen.

Wallston, K. A., Wallston, B. S. & DeVellis, R. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. I *Health Education Monographs*, 6 (2): 160-170.

Lov nr. 546 af 24. juni 2005. Sundhedsloven:
<http://www.im.dk/im/site.aspx?p=391&ArticleID=3857>

http://www.psyknet.dk/Forside/Behandling/Medicinsk_behandling/Medicinsbehandling.htm

http://www.sst.dk/Forebyggelse/Mad_og_motion/Ernaering/Kampagner_og_projekter/6_om_dagen.aspx?lang=da Sundhedsstyrelsen. 6 om dagen

<http://6omdagen.dk/> Kampagnen ”6 om dagen”

<http://www.ams.dk/sw1252.asp>

[http://www.sst.dk/under/Sundhed A-Å / Socialt udsatte / Lighed i sundhed](http://www.sst.dk/under/Sundhed/A-Å/Socialt_udsatte/Lighed_i_sundhed)

7 Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Interviewguide til enkelt eller dobbelt interviews

Bilag 2: Interviewguide til enkelt eller dobbelt interviews (2. udgave)

Bilag 3: Fokusgruppeinterview-guide

Bilag 4: Interviewguide til de psykisk udviklingshæmmede

Bilag 5: Dagsorden for dialogmøde

Bilag 1: Interviewguide til enkelt eller dobbelt interviews

Præsentation af interviewer og af undersøgelsen:

Jeres kommune er i øjeblikket i færd med at gennemføre et projekt om sundhed i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Formålet er at finde frem til, hvordan man kan gøre det nemmere for alle i kommunen at leve sundt.

Jeg vil gerne interviewe jer, så jeres synspunkter kan være med til at inspirere kommunen i det videre arbejde. I interviewet vil jeg bl.a. spørge til:

- Hvad I selv tænker om sundhed
- Hvilke ønsker I kunne have til kommunens indsats

Måske kan I ikke svare på alle mine spørgsmål, men al input er en stor hjælp. Hvis I er i tvivl om hvad jeg mener, så spørg endelig.

Først vil jeg gerne spørge om alder? Evt. uddannelse? Evt. tidligere arbejde?

Motivation

Hvad motiverer personen helt generelt

De socialteoretiske modeller, som ligger til grund for de efterfølgende tre emner, tager alle udgangspunkt i det enkelte menneske og dets motivation for at gøre noget ved sin sundhed. Det er en del af grunden til, at vi vælger at starte ud med nogle spørgsmål om interviewpersonens (IP) motivation. Vi vurderer desuden, at det er væsentligt for en kommende forebyggende indsats, at den tager udgangspunkt i brugernes ønsker, lyster og behov. Da vi ikke kan gå ud fra, at brugerne har lyst til at gøre noget ved deres sundhed, vil vi i stedet forsøge at tage udgangspunkt i brugernes egne behov og motivationer. Derfor handler disse første seks spørgsmål ikke om sundhed.

1. Hvad er jeres situation pt.?

2. Har I nogen fritidsinteresser? Hvilke?

3. Hvordan synes I jeres hverdag er? (Har I nogle bestemte vaner for, hvornår I fx står op og hvad I laver i løbet af dagen?)

4. Hvad kan gøre jer glad i hverdagen?

5. Hvor meget kontakt har I med familie og venner i hverdagen?

6. Har de (familie og venner) stor indflydelse på jeres hverdag?

Viden og holdninger

Personens holdning til og viden om sundhed generelt

”The Health Belief model” antager, at sundhedsadfærd kan forudsiges og forklares ud fra den enkeltes holdninger og opfattelser. Alle spørgsmål under Viden og holdninger handler følgelig om at afdække, hvad IP tænker, tror og ved om sin egen sundhed samt sundhed generelt. Med henblik på den efterfølgende forebyggende indsats forsøger vi endvidere at indkredse, hvor man eventuelt kunne sætte ind med nye informative tiltag.

7. Hvad kommer I til at tænke på, når jeg nævner ordet sundhed?

8. Hvad synes I om emnet sundhed? (Er det fx interessant, vigtigt, irriterende eller ligegyldigt)?

9. Hvordan oplever I jeres egen sundhed?

10. Synes I selv, at I har nogle vaner, der er skadelige for jeres helbred? (Hvis ja: Hvad er jeres begrundelse for at beholde vanen/vanerne?) Er der behov for at ændre på vanen?

11. Jeg vil bede jer om at prioritere disse 5 vaner i forhold til, hvor farlige de er for *jeres* sundhed? Alkohol, rygning, manglende motion, dårlig kost, og overvægt. (Overvej om alle er relevante for IP).

12. Synes I, der er grund til at gøre noget ved jeres sundhed? Hvad vil være et realistisk mål?

15. Hvorfra får I jeres viden om sundhed?

14. Hvor vil I søge information, hvis I har nogle spørgsmål om sundhed?

13. Synes I, det er i orden, hvis jeres læge eller tandlæge spørger til jeres vaner – fx kost- og motionsvaner? Hvad med jeres sagsbehandler eller andre fra kommunen, er det også i orden at de spørger?

Struktur og vaner

Personens oplevelse af hvad der bestemmer vedkommendes vaner

Spørgsmålene under overskriften Struktur og vaner tager hovedsageligt udgangspunkt i ”The Health Locus of Control model”. Ifølge denne teori vil ethvert menneske opfatte sin sundhed som bestemt af én af følgende tre faktorer: mennesket selv, andre magtfulde personer eller tilfældigheder/held. De følgende tre spørgsmål drejer sig om at indkredse IPs oplevelse af, hvor ansvaret for vedkommendes sundhed ligger, samt IPs oplevelse af at have eller ikke have kontrol over sin egen situation.

16. Betyder det noget for jeres sundhed, at I er/er blevet (kontanthjælpsmodtager, arbejdsløs, førtidspensioneret)? (Overvej om der er en ændring fra beskæftigelse til arbejdsløshed).

17. Oplever I nogensinde, at andre ser skævt til jer, fordi I er (førtidspensionist.. etc.)? Hvordan påvirker det jer?

18. Har I nogen gange oplevet at være alene, når I egentlig helst ville være sammen med andre? (Bemærk! Kun relevant for nogle IP'er).

Stræben og målsætninger

Personens oplevelse af muligheder og begrænsninger i forhold til at ændre livsstil

Under det sidste punkt tager vi udgangspunkt i ”The Self Efficacy model”. ”Perceived Self Efficacy” er en teori om, at den enkeltes oplevede evne af at have indflydelse/ kunne opnå ting er bestemmende for vedkommendes handlinger, hvilket også er gældende for handlinger i forhold til sundhed. Derfor forsøger vi med de sidste fire spørgsmål at afdække, hvad IP oplever som muligheder og begrænsninger i forhold til at kunne gøre noget ved sin sundhed.

19. Oplever I, at I selv kan gøre noget for at ændre på jeres sundhed? Fx ændrer på vaner. (hvis ja: Gør I det?) (hvis nej: Hvorfor?)
- Føler I generelt, at I er i stand til at gennemføre de ting, I sætter jer for?

20. Kan I forestille jer, at *andre* kan gøre noget for at hjælpe jer til at forbedre jeres sundhed? Det kan fx være jeres læge, en eventuel kontaktperson i kommunen, eller jeres familie. (I så fald hvad)?

21. Har I prøvet at få hjælp fra kommunen til konkrete ting i forhold til jeres helbred, fx rygestopkursus, motion eller den slags? Er der noget andet, I kunne forestille sig at få hjælp til fra kommunen/ på stedet her?

22. Hvad kunne i det hele taget gøre, at I fik lyst til at leve sundere?

Så har jeg ikke flere spørgsmål. Tak for jeres tid!

Vejledning til intervieweren:

Sørg for at spørge ind til IP's svar som fx "jeg har et løbebånd der hjemme". Spørg da "hvor ofte bruger du det?" eller den humoristiske udgave "får det lov at ligge undersofaen".

Bilag 2: Interviewguide til enkelt eller dobbelt interviews (2. udgave)

Præsentation af interviewerens og af undersøgelsen:

Jeres kommune er i øjeblikket i færd med at gennemføre et projekt om sundhed i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Formålet er at finde frem til, hvordan man kan gøre det nemmere for alle i kommunen at leve sundt.

Jeg vil gerne interviewe jer, så jeres synspunkter kan være med til at inspirere kommunen i det videre arbejde. I interviewet vil jeg bl.a. spørge til:

- Hvad I selv tænker om sundhed
- Hvilke ønsker I kunne have til kommunens indsats

Måske kan I ikke svare på alle mine spørgsmål, men al input er en stor hjælp. Hvis I er i tvivl om hvad jeg mener, så spørg endelig.

Først vil jeg gerne spørge om alder? Evt. uddannelse? Evt. tidligere arbejde?

Motivation

Hvad motiverer personerne helt generelt

De socialteoretiske modeller, som ligger til grund for de efterfølgende tre emner, tager alle udgangspunkt i det enkelte menneske og dets motivation for at gøre noget ved sin sundhed. Det er en del af grunden til, at vi vælger at starte ud med nogle spørgsmål om interviewpersonens (IP) motivation. Vi vurderer desuden, at det er væsentligt for en kommende forebyggende indsats, at den tager udgangspunkt i brugernes ønsker, lyster og behov. Da vi ikke kan gå ud fra, at brugerne har lyst til at gøre noget ved deres sundhed, vil vi i stedet forsøge at tage udgangspunkt i brugerne egne behov og motivationer. Derfor handler disse første fire spørgsmål ikke om sundhed.

1. Hvad er jeres situation pt.?

2. Hvordan synes I jeres hverdag er? (Har I nogle bestemte vaner for, hvornår I fx står op og hvad I laver i løbet af dagen)?

3. Har I nogen fritidsinteresser? Nogle bestemte ting, som I godt kan lide at gøre)

4. Hvad kan gøre jer glad i hverdagen?

Viden og holdninger

Personernes holdning til og viden om sundhed generelt

”The Health Belief model” antager, at sundhedsadfærd kan forudsiges og forklares ud fra den enkeltes holdninger og opfattelser. Alle spørgsmål under Viden og holdninger handler følgelig om at afdække, hvad IP tænker, tror og ved om sin egen sundhed samt sundhed generelt. Med henblik på den efterfølgende forebyggende indsats forsøger vi endvidere at indkredse, hvor man eventuelt kunne sætte ind med nye informative tiltag.

5. Hvad kommer I til at tænke på, når jeg nævner ordet sundhed?

6. Er sundhed vigtigt for jer? Tænker I over det i det daglige? (forklar)

7. Hvordan synes I jeres egen sundhed er?

8. Synes I selv, at I har nogle vaner, der er skadelige for jeres helbred? (Hvis ja: Hvad er jeres begrundelse for at beholde vanen/vanerne?) Er der behov for at ændre på vanen?

9. Tror I, at det betyder noget for jeres sundhed, at I er/er tilknyttet stedet her?

10. Hvad kunne i det hele taget gøre, at I fik lyst til at leve sundere? Hvad vil være et realistisk mål?

Stræben og målsætninger

Personernes oplevelse af muligheder og begrænsninger i forhold til at ændre livsstil

Under det sidste punkt tager vi udgangspunkt i ”The Self Efficacy model”. ”Perceived Self Efficacy” er en teori om, at den enkeltes oplevede evne af at have indflydelse/ kunne opnå ting er bestemmende for vedkommendes handlinger, hvilket også er gældende for handlinger i forhold til sundhed. Derfor forsøger vi med de sidste to spørgsmål at afdække, hvad IP oplever som muligheder og begrænsninger i forhold til at kunne gøre noget ved sin sundhed.

11. Oplever I, at I selv kan gøre noget for at ændre på jeres sundhed? Fx ændrer på vaner. (hvis ja: Gør I det?) (hvis nej: Hvorfor?)

12. Kan I forestille jer, at *andre* kan gøre noget for at hjælpe jer til at forbedre jeres sundhed? Det kan fx være jeres læge, en eventuel kontaktperson i kommunen, eller jeres familie. (I så fald hvad)?

Så har jeg ikke flere spørgsmål. Tak for jeres tid?

Vejledning til intervieweren:

Sørg for at spørge ind til IP's svar som fx "jeg har et løbebånd der hjemme". Spørg da "hvor ofte bruger du det?" eller den humoristiske udgave "får det lov at ligge under sofaen?".

Bilag 3: Fokusgruppeinterview-guide

Præsentation af interviewereren og af undersøgelsen:

Jeres kommune er i øjeblikket i færd med at gennemføre et projekt om sundhed i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Formålet er at finde frem til, hvordan man kan gøre det nemmere for alle i kommunen at leve sundt.

Jeg vil gerne interviewe jer, så jeres synspunkter kan være med til at inspirere kommunen i det videre arbejde. Vi vil bede jer om at diskutere og komme med jeres bud på forskellige emner i gruppen, bl.a. hvilke sundhedsfremmende tilbud, I synes kunne være relevante i kommunen.

Måske kan I ikke svare på alle mine spørgsmål, men al input er en stor hjælp.

Præsentationsrunde

Navn, alder, deres situation lige nu (Evt. uddannelsesforløb?, på vej i arbejde?)

1. Hvad kommer I til at tænke på, når jeg nævner ordet sundhed?
2. Hvad synes I om emnet sundhed? (Er det fx interessant, vigtigt, irriterende eller ligegyldigt)?
3. Hvad kunne gøre, at I fik lyst til at leve sundere?
4. De fleste af os har prøvet at have vaner, som vi gerne vil slippe af med. Her vil jeg gerne høre jeres erfaringer: Hvad er de største forhindringer for at gøre noget ved jeres sundhed?
5. Hvis jeres kommune skulle gøre noget, som kunne hjælpe jer til at leve sundere, hvad skulle det så være? (kurser, motionstilbud, kontaktpersoner o.l.).
6. Evt. spørgsmål med inspiration fra dialogmøderne med kommunerne.

Bilag 4: Interviewguide til de psykisk udviklingshæmmede

Præsentation af interviewerens og af undersøgelsen:

Jeres kommune er i øjeblikket i færd med at gennemføre et projekt om sundhed i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Formålet er at finde frem til, hvordan man kan gøre det nemmere for alle i kommunen at leve sundt.

Jeg vil gerne interviewe jer, så jeres synspunkter kan være med til at inspirere kommunen i det videre arbejde. I interviewet vil jeg bl.a. spørge til:

- Hvad I selv tænker om sundhed
- Hvilke ønsker I kunne have til kommunens indsats

Måske kan I ikke svare på alle mine spørgsmål, men al input er en stor hjælp. Hvis I er i tvivl om hvad jeg mener, så spørg endelig.

Hvad I siger til mig, siger jeg ikke videre til andre. Jeg vil gerne optage det på bånd, da det er svært at huske alt hvad I siger.

Først vil jeg gerne spørge om alder? Evt. uddannelse? Evt. tidligere arbejde?

Motivation

Hvad motiverer personen helt generelt

De socialteoretiske modeller, som ligger til grund for de efterfølgende tre emner, tager alle udgangspunkt i det enkelte menneske og dets motivation for at gøre noget ved sin sundhed. Det er en del af grunden til, at vi vælger at starte ud med nogle spørgsmål om interviewpersonens (IP) motivation. Vi vurderer desuden, at det er væsentligt for en kommende forebyggende indsats, at den tager udgangspunkt i brugernes ønsker, lyster og behov. Da vi ikke kan gå ud fra, at brugerne har lyst til at gøre noget ved deres sundhed, vil vi i stedet forsøge at tage udgangspunkt i brugernes egne behov og motivationer. Derfor handler disse første fem spørgsmål ikke om sundhed.

1. Hvad er jeres situation pt.?
 - Hvad laver I, når I er her? Laver I mad sammen, snakker?
 - Har I et arbejde?
 - Hvad laver I ellers her (aktivitetstilbud på stedet)?

2. Hvordan synes I jeres hverdag er? (Har I nogle bestemte vaner for, hvornår I fx står op og hvad I laver i løbet af dagen)?
 - Hvornår spiser I morgenmad, frokost, aftensmad?
 - Laver I selv mad?
 - Hvad laver I om formiddagen, eftermiddagen og aften?
 - Er I ude og gå en tur / cykle?

3. (Har I nogen fritidsinteresser? Hvilke? (hænger tæt sammen med spm. 2 – ikke spørge om)!

4. (Har familie og/eller venner stor indflydelse på jeres hverdag)?
- Hvor bor Jeres familie henne – bor de tæt på/ langt væk?
 - Hvor tit har I besøg af familien?
 - Hvad laver I når I er sammen, snakker, går en tur, spiller kort?

5. (Hvad kan gøre jer glad i hverdagen?)
- Hvornår er du glad?

Husk eksempler fra IP´s hverdag og tag udgangspunkt i det.

Viden og holdninger

Personens holdning til og viden om sundhed generelt

”The Health Belief model” antager, at sundhedsadfærd kan forudsiges og forklares ud fra den enkeltes holdninger og opfattelser. Alle spørgsmål under Viden og holdninger handler følgelig om at afdække, hvad IP tænker, tror og ved om sin egen sundhed samt sundhed generelt. Med henblik på den efterfølgende forebyggende indsats forsøger vi endvidere at indkredse, hvor man eventuelt kunne sætte ind med nye informative tiltag.

6. (Hvad kommer I til at tænke på, når jeg nævner ordet sundhed)?
- Hvad bliver man sund af?
 - Hvad spiser I til morgenmad, frokost og aftensmad?
 - Synes Jeres familie/ medarbejderne at I skal spise noget andet end det I gør?
 - Hvordan er det om lørdagen – får I slik, is eller kager?

7. Synes I selv, at I har nogle vaner, der er skadelige for jeres helbred? (Hvis ja: Hvad er jeres begrundelse for at beholde vanen/vanerne?) Er der behov for at ændre på vanen?
- Drikker I en øl eller to inden I skal i seng om aftenen?
 - Er I ude og cykle/ gå?
 - Ryger I cigaretter? Kan I godt lide det?
 - Spiser I grøntsager / Kan I godt lide grøntsager?

Stræben og målsætninger

Personens oplevelse af muligheder og begrænsninger i forhold til at ændre livsstil

Under det sidste punkt tager vi udgangspunkt i ”The Self Efficacy model”. ”Perceived Self Efficacy” er en teori om, at den enkeltes oplevede evne af at have indflydelse/ kunne opnå ting er bestemmende for vedkommendes handlinger, hvilket også er gældende for handlinger i forhold til sundhed. Derfor forsøger vi med de sidste to spørgsmål at afdække, hvad IP oplever som muligheder og begrænsninger i forhold til at kunne gøre noget ved sin sundhed.

8. Oplever I, at I selv kan gøre noget for at ændre på jeres sundhed? Fx ændrer på vaner. (hvis ja: Gør I det?) (hvis nej: Hvorfor?) - Føler I generelt, at I er i stand til at gennemføre de ting, I sætter jer for?
- Har I lyst til at gå nogle flere ture / cykle noget mere?
 - Vil I gerne træne i et motionscenter?

9. Kan I forestille jer, at andre kan gøre noget for at hjælpe jer til at forbedre jeres sundhed? Det kan fx være jeres læge, en eventuel kontaktperson i kommunen, eller jeres familie. (I så fald hvad?)
- Vil I gerne have at stedet her laver nogle cykelture eller gåture sammen med jer?

Så har jeg ikke flere spørgsmål. Tak for jeres tid!

Bilag 5: Dagsorden for dialogmøde

- **Kort faktiskt om brugergruppens sammensætning** (langtids- korttidsarbejdsløse, match 3 eller 5, tidshorisont i tilbudene osv.)
- **Hvordan ser I medarbejdernes rolle i forhold til brugerne, når sundhed skal på dagsordenen?** - Kan der være nogle barrierer hos medarbejderne i kommunerne i forhold til at skulle spørge og vejlede brugerne om sundhed.
- **Hvordan kan medarbejderne arbejde med at motivere borgerne?** – hvordan kan sørger man fx for, at en sundhedskonsulent vil blive betragtet anderledes (mere positivt) end sagsbehandleren.
- **Hvad er realistiske mål – ifølge jeres vurdering – for målgrupperne?**