

Ungdomsforskning:

Sundhed og sygdom

For unge – og for mange andre – er sundhed ikke længere en entydig størrelse, der kan defineres ved fraværet af sygdom. I stedet er sundhed blevet en relativ størrelse – man kan altid være mere sund; hvad enten det handler om ernæring, motion og øvrige livsstil.

Ungdomsforskning
Sundhed og sygdom
Årg. 9, nr. 2 september 2010

Citat på forside
Stammer fra artiklen: Sundhed og sygdom, s. 7.

Udgiver
Center for Ungdomsforskning, DPU, Aarhus Universitet

Ansvarshavende redaktør
Noemi Katznelson

Gæsteredaktør
Niels-Henrik M. Hansen
nmh@dpu.dk

Redaktør
Niels Ulrik Sørensen
nus@dpu.dk

Layout
Niels-Henrik M. Hansen
nmh@dpu.dk

Abonnement for 2010
4 numre: Kr. 175,- (enkeltpersoner), kr. 225,- (institutioner)

Løssalg
1 nummer: Kr. 75,-. Der ydes rabat ved køb af flere numre og eksemplarer.
Se www.cefu.dk for yderligere information.

Bestilling af abonnement og løssalg
cefu@dpu.dk

ISSN 1602-0324

Tryk
Werks Offset A/S,

Copyright
Center for Ungdomsforskning

- 5 **Redaktørens forord**
- 7 **TEMA: SUNDHED OG SYGDOM**
Af Niels-Henrik M. Hansen
- 11 Sundhed og unge – sociologiske perspektiver
Af Kristian Larsen, Bente Jensen og Peter Koudahl
- 23 Forstyrrelser i ungdomslivet1. Når unge bliver kronisk eller alvorligt syge
Af Bibi Hølge-Hazelton
- 31 Ungdomsmedicin – et nyt tværfagligt område i Danmark
Af Kirsten A. Boisen, Charlotte Blix og Grete Teilmann
- 37 **Ny forskning:** Social mobilitet og uddannelse blandt etniske minoritetsunge
Af Flemming Mikkelsen
- 52 **Konferenceinvitation:** I Danmark Er Jeg Født
- 54 **Ny rapport fra CeFU:** "Kursistbaggrunde på Frederiksberg hf – Et ungdoms-
sociologisk studie"

Redaktørens forord

I denne udgave af ungdomsforskning tager vi fat i et tema omkring unges sygdom og sundhed. Under denne overskrift tager de forskellige artikler bl.a. fat i unge som en særlig gruppe patienter og de ressourcer som unge råder over, når de skal håndtere sygdom – og ikke mindst sundhed. I forhold til sidstnævnte peger temaet på, at den typiske opfattelse af sygdom og sundhed som hinandens modsætninger ikke holder helt i forhold til unge. For unge – og for mange andre – er sundhed ikke længere en entydig størrelse, der kan defineres ved fraværet af sygdom. I stedet er sundhed blevet en relativ størrelse – man kan altid være mere sund; hvad enten det handler om ernæring, motion og øvrige livsstil.

Derudover har vi fornøjelsen af, i dette nummer, at kunne præsentere nogle af resultaterne fra en stor ny undersøgelse lavet ved Center for Ungdomsforskning (CeFU). I samarbejde med TrygFonden har CeFU gennemført en stor analyse, der belyser, hvorfor unge med anden etnisk baggrund end dansk, ser ud til at klare sig bedre end etniske danske unge, i uddannelsessystemet. Det er også en historie, der i den seneste tid også har været oppe i medierne. Det er samtidig en nyhed, der bryder med mange af de gængse historier, hvor fokus ofte drejer sig om den såkaldte fejlslagne integration. Det interessante ved denne succeshistorie er, at se nærmere på hvorfor det rent faktisk går så godt for mange unge med indvandrerbaggrund. Hvilke faktorer er på spil? Er der tale om, at integrationspolitikken er blevet så god, at unge med anden etnisk baggrund end dansk, er blevet så 'fordanskede', at de nu klarer sig bedre end unge med etnisk dansk baggrund? Eller er der andre ting på spil? Det er disse spørgsmål Flemming Mikkelsen tager fat på i hans artikel, som belyser en række af de faktorer, der gør at etniske minoritetsunge i disse år opnår gode resultater i uddannelsessystemet og klarer sig godt på arbejdsmarkedet.

Mikkelsens hovedpointe er, at skal man forstå, hvorfor gruppen af etniske minoritetsunge skiller sig ud, så bliver man nødt til at se på indvandrerfamiliernes historiske baggrund, deres motiver til at rejse ud i verden eller at flygte fra deres hjemland. Det handler i denne optik også om at se på de vilkår, som de unges forældre mødte og arbejdede under, da de kom til Danmark. Det, der gør Mikkelsens artikel vigtig og til yderst interessant læsning, er, at den ved at tage udgangspunkt i et mobilitetsperspektiv, bryder med mange af de sædvanlige perspektiver på unge med indvandrerbaggrund.

God fornøjelse med artiklerne i denne udgave af ungdomsforskning!

*Niels-Henrik M. Hansen, adjunkt ved Center for Ungdomsforskning
Gæsterektor*

Sundhed og sygdom

Af Niels-Henrik M. Hansen

I denne udgave af ungdomsforskning ser vi på to centrale dimensioner ved unges velbefindende – unges sundhed og sygdom. Det er fristende at se disse to begreber som hinandens modsætninger; enten er du syg ellers er du rask. Det holder dog ikke ved nærmere inspektion.

Problemet med opdelingen *syg/rask* (=sund), er at sundhed blandt unge i dag har en langt mere omfattende og kompleks, end blot at handle om fravær af sygdom. Sundhed handler både om den unges kost, motion og livsstil. I dette kan der yderligere knyttes to niveauer – et, der omhandler, hvor meget de unge motionerer, hvor mange gulerødder de får spist osv. – og et andet, der tager fat i de unges viden om og handlemuligheder i forhold til deres generelle trivsel og sundhedstilstand.

Der findes mange undersøgelser, der belyser, hvor meget unge bevæger sig eller ikke, hvad de spiser osv. Det andet niveau er lidt mere vanskeligt. Der er ingen tvivl om, at unge i dag er meget opmærksomme på deres sundhedstilstand. Det må være svært at være andet. De – og alle andre – bliver bombarderet med udsagn, kampanjer og billeder i det offentlige rum, der alle hylder den 'sunde' krop og den rigtige sunde livsstil. Samtidig er sundhed ikke længere blot sundhed – altså forstået som fraværet af sygdom. Individualiseringen af de unges liv, har også gjort at sundhed i dag er blevet et område, som det er op til den enkelte unge selv at optimere og forbedre, således at de kan 'vise' overfor omgivelserne, at de er kompetente samfundsborgere.

Problemet er dog, at undersøger man nærmere, hvad unge reelt forstår ved sundhed og sundhedsmæssig god adfærd, viser der sig et mere nuanceret og sammensat billede. For godt nok ved de unge en 'masse' om sundhed – fx at der er meget sukker i cola og at man derfor ikke bør drikke det – men det er langt fra alle unge, der formår at sammensætte og håndtere alle disse informationer, formaninger og billeder på sundhed.

Nogle eksempler på dette fremkommer fx i Center for Ungdomsforskningens undersøgelse af unge trivsel i Fredericia kommune. Undersøgelsen pegede overordnet set på, at mange af kommunens unge borgere oplevede at have en god sundhedsstilstand og at de havde forstået en række af de sundhedsrelaterede budskaber, kommunen synes var vigtige for dem at kende. Denne klart positive vurdering måtte dog nuanceres og modificeres efter en række interviews med forskellige unge på kommunens skoler og uddannelsesinstitutioner. I løbet af disse interview blev det synligt, at nok lagde mange meget vægt på deres sundhed og mange brugte ganske meget energi på at spekulere på deres livsstil i forhold til deres sundhed, så fremstod det som funderet på usikker grund. Et eksempel på dette er følgende citat, hvor en ung kvinde siger:

"Der står altid cola og chips hjemme hos os. Min mor drikker cola, en vane jeg forsøger at undgå, så jeg drikker Fanta i stedet" (pige 18 år).

Et andet eksempel på, hvorledes unge opfatter diskussionen om sundhed kommer til udtryk i næste citat fra samme undersøgelse, hvor en ung mand knytter det til et spørgsmål om hans vægt, kost og motion:

"Sundhed for mig det er at jeg ikke gider tage på. Derfor spiser jeg nogenlunde sundt. Men motion, dér får jeg ikke gjort

særlig meget ved det. Det handler om tid – jeg har ikke tid til det" (dreng 19 år).

Undersøgelsen viste også, at sund mad for mange af de unge, var den mad de fik hjemme hos forældrene. Omvendt var usund mad, den mad man købte udenfor hjemmet – typisk i form af forskellige former for fast food. Det er en overraskende opdeling. Det peger bl.a. på, at unge kan arbejde med nogle andre forståelser af sundhed og sundhedsmæssig god adfærd end forventet, og at de kan have svært ved at relatere alle de råd og informationer de modtager om dette, til deres egen adfærd.

Det er også interessant, hvorledes sundhed i citaterne bliver koblet til et spørgsmål om vægt, og dermed indirekte til udseendet. Dermed er vi fremme ved en central ting, når man taler om unge og sundhed – nemlig, at for unge er diskussionen om sundhed i hverdagen langt hen ad vejen et spørgsmål om deres udseende. Der sker med andre ord en kobling hos de unge mellem sundhed, det sunde liv, og det perfekte liv. På den måde bliver sundhed et relativt begreb, hvor man kan altid kan være mere sund ved fx at spise mere sundt, motionere (endnu) mere, bo de rigtige steder, spise den rigtige mad osv. Konsekvensen af dette er også, at sund er ikke er noget man er, det er noget man stræber efter og kan bedømme folk ud fra.

Bagsiden er, at hvis den unge ikke kan klare leve op til disse krav, og fx bliver ramt af sygdom, kan det opleves som ens egen skyld uanset om det reelt er tilfældet eller ej. Det giver et massivt pres på de unge. Det er et pres, som nogle er bedre til at håndtere end andre, og som citaterne antyder, håndteres på mange måder.

En anden vinkel

Der er endnu en vinkel på unges sundhed og sygdom. Den handler om de ressourcer unge har til rådighed og den virkelighed de møder, når de konfronteres med sundhedssystemet. Det er et

centralt perspektiv i to af temaets artikler. I de to artikler argumenteres der for, at syge unge udgør en særlig patientgruppe, der har det svært i det danske sundhedssystem. De har det bl.a. svært, fordi sundhedssystemet kan have vanskeligheder med at arbejde målrettet med en gruppe unge patienter, der aldersmæssigt befinder sig mellem patienterne på børneafdelinger og de 'voksne' patienter på de almindelige hospitalsafdelinger. Et andet problem er den påvirkning det giver at være syg og så i øvrigt tumle med de valg, som i særlig grad præger ungdomslivet. Det kan fx handle om valg af uddannelse – skal jeg tage en uddannelse, når jeg er syg? Kan jeg gennemføre på trods af sygdommen? Hvordan er mit helbred om et halvt år? To år? Men det kan også handle om valg af partner – kan jeg få børn? Bør jeg få børn? Og mere generelt, hvorledes påvirker det udviklingen af den unges identitet?

Artiklerne i dette nummer berører dette perifert. Men vendes blikket mod handicapforskningen, kan der hentes nogle pointer derfra. Én pointe er, at når en ung bliver placeret i en kategori, som fx handicapet eller kræftsyg, har omgivelserne en tendens til at fratage den unge definitionsretten over deres liv og identitet. Det betyder at der er nogle valg som omgivelserne træffer på den syge unges vegne, som andre unge selv træffer. Det kan være pga. at man mener at vide bedst eller fordi man vil skåne den unge. En anden ting er, at alt bliver bedømt i relation til sygdommen/handicapet. Er den unge dygtig i skolen og får nogle gode karakterer, så er det på trods af sygdommen eller handicapet, selvom det måske slet ikke har betydning for den unges evner og muligheder i skolen (dette diskuteres fx i relation til unge hørehæmmede i Hansen 2009). Pointen er, at omgivelserne mange gange handler på grundlag af hvad de tror de ved om sygdommen/handicapet. Disse forestillinger er derfor ofte forbundet til stereotyper, der kan ligge meget langt fra den unges virkelighed. Og det kan gøre det ekstra svært for den unge. For

ikke alene skal vedkommende kæmpe med sygdommen, de skal også kæmpe med andres fordomme og for retten til at få lov til selv at bestemme over deres liv.

Artikler i dette tema

De tre artikler i dette tema dækker en række af de ovennævnte temaer fra deres forskellige perspektiver. Den første artikel, som er skrevet af Kristian Larsen, Bente Jensen og Peter Koudahl fra Danmarks Pædagogiske Universitets-skole, tager fat i en diskussion af sundhed blandt unge ud fra et kritisk sociologisk perspektiv. Det indebærer, at fokus rettes mod nogle af de strukturer, der påvirker og danner ramme om de unges forståelse og praksis af sundhedsmæssige problemstillinger, herunder hvorledes sygdom opfattes og håndteres.

Den anden artikel, der er skrevet af Bibi Hølge-Hazelton har fokus på de unges perspektiv. Hølge-Hazelton undersøger, hvorledes unge kræftsyge oplever mødet med sundhedssystemet. Hun beskriver fx, hvorledes alderen spiller en rolle, når man som ung pludselig oplever at skulle få støtte fra - og erfaringsudveksle - med andre patienter, som typisk er langt ældre og derfor befinder sig et helt andet sted i livet.

Den tredje og sidste artikel i temaet tager fat den samme problemstilling, men fra et andet perspektiv; her betragtes mødet mellem unge og sundhedssystemet, fra sundhedssystemets side. I artiklen, som er skrevet af Kirsten A. Boisen, Charlotte Blix og Grete Teilmann, peges på, at der indenfor det danske sundhedssystem er ved at opstå et nyt tværfagligt område, der under overskriften "ungdomsmedicin" forsøger at skabe bedre forhold for unge, når de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Den centrale pointe i artiklen er, at unge mange gange havner mellem to stole. De er for gamle til børneafdelingerne og for unge til de almindelige afdelinger. Udfordringen ved unge kommer fx også til udtryk ved kroniske sygdomme, hvor den unge selv

skal lære at håndtere sygdommen – og her kan der være en brat overgang, når den unge bliver 18 år og lige pludselig forventes at skulle håndtere det hele selv.

Litteratur

Brown, Rikke, Hansen, Niels-Henrik M. og Olsen, Pia, 2009 Byens Ungdomsprofil – en undersøgelse af Fredericias unge 2009. Dokumentationsrapport. Emdrup: Center for Ungdomsforskning

Hansen, Niels-Henrik M., 2009 Når øret klør. Emdrup: Center for Ungdomsforskning

.....
 I Larsens, Jensens og Koudahls studie tages de tunge samfundsvi-
 denskabelige briller på. I stedet for at spørge til udbredelsen
 af forskellige handlemåder, vendes blikket imod en række af de
 samfundsmæssige strukturer, som er med til at styre de unges
 forståelse og håndtering af forskellige sundhedsmæssige problem-
 stillinger. Det giver med forskernes egne ord: "Et provokerende og
 kættersk" indblik i vores forståelse af disse problemstillinger.

Sundhed og unge – **sociologiske** perspektiver

Af Kristian Larsen, Bente Jensen og Peter Koudahl

Introduktion

I denne artikel vil vi give en række bidrag til de overordnede sociologiske overvejelser i forhold til unge og sundhed. Artiklen inddrager erfaringer fra vores arbejde i projektet "Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital" (Jensen, Larsen, Koudahl og Andsgaard 2007), hvor vi belyser problematikken om sundhed og ulighed i unges sundhed ud fra en kvalitativ interviewundersøgelse blandt unge på efterskole, som vi analyserer i lyset af forskellige teoretiske perspektiver. Disse teoretiske perspektiver baserer sig primært på den franske sociolog Pierre Bourdieu's arbejde (1977, 1984/86). I denne artikel vil vi gerne udfordre nogle gængse

opfattelser af, hvad sundhed er og hvad der ligger bag det sunde liv. Noget vil være lidt provokerende, mens andet vil være mere common sense. En god analyse har i vores øjne en nærmest kættersk karakter. Dvs. den går ind og udfordrer vores hverdagslige opfattelse af, hvordan tingene hænger sammen.

Undersøgelsen

Vores interviewundersøgelse er inspireret af Bourdieus sociologi. Det er i særlig grad hans praktikteori, som har inspireret os. Kernen i praktikteorien er en antagelse om, hvordan handlinger og indstillinger skabes/formes hos den enkelte (Bourdieu 1977, 1997, 1980/90) samt, hvor-

ledes disse handlinger er forbundet til individets sociale placering i samfundet (Bourdieu et. al 1984). Undersøgelsen bygger på interviews med 16 unge i alderen 15-17 år (heraf 7 drenge og 9 piger) med forskellige sociale baggrunde. De unge befandt sig på interviewtidspunktet på to efterskoler, hvor de var i gang med enten 9. eller 10. klasse. Hensigten med at vælge unge fra efterskoler var at skabe stor variation, både med hensyn til de sociale parametre og i relation til individuelle handlestrategier. Dette skulle ske i såvel en specifik sundhedsmæssig betydning og i en bredere betydning. Antagelsen var, at de unge ville bidrage med forskelligartede beretninger om, hvordan de håndterer deres eget liv, livet på efterskolen og i særdeleshed deres håndtering og opfattelse/holdninger af emner i forbindelse med sundhed, sygdom og sundhedsadfærd.

Konkret er de unge blev spurgt til deres hverdagsliv på efterskolen her og nu, hjemme og tidligere samt til sygdom, sundhed, adfærd og handlinger, som knytter sig til sundhed. Inspireret af Bourdieus teorier bestræbte vi os både på at tage de unges udsagn for pålydende. Samtidig var det dog vigtigt at vi relaterede deres udsagn til deres position i det sociale rum. Vi var interesseret i både deres 'point' (dvs. sted eller position ud fra hvilket de anskuer verden) og deres 'view' (dvs. deres syn dvs. oplevelser af verden). Vi inddrog deres position/point ved at spørge de unge til deres opvækstbetingelser. Det kunne fx være om forældrenes uddannelse, erhverv, indkomst mv. De unge talte gerne længe og spontant om sig selv, så ud over at give plads som interviewer, har det også været vigtigt at sikre sig, at alle spørgsmål er blevet draget ind, fx spørgsmål som knytter sig til baggrundssammenhænge, såsom familiens brug af aviser, rejser, bøger, økonomi mv.

Analysen fokuserer således på sammenhænge mellem social position og forskellige handlinger samt indstillinger i forhold til sundhed. Vi vil med andre ord se på den sociale reproduktion

i relation til sundhedspraktikker. Sammen med vores teoretiske perspektiv gør det, at de centrale begreber i analysen bliver Bourdieus begreber om økonomisk, kulturel og social kapital, men også begreber som social position, habitus og praktisk sans. Disse vil blive udfoldet og eksemplificeret i analyserne nedenfor.

Den unge er sin egen sundhedsmed

Når man taler med unge i dag virker det som, at mange unge har i stort omfang har indbygget en liberalistisk og individualistisk model i sin krop og sjæl. Det kommer bl.a. til udtryk, når man som forsker spørger til, hvem der styrer det gode liv og sundheden, ligger det lige for at sige: "Jeg har valgt min måde at leve på og det gælder alle områder fra skole, uddannelse, venner, tøj og fritidsinteresser, - til min egen sundhed"

Vi mener, at der kan identificeres mindst fire grundlæggende forhold, der danner udgangspunkt for denne opfattelse. Det er en væsentlig pointe for os, at disse som oftest ikke italesættes, hverken af de unge selv eller omgivelserne. Disse forudsætninger er:

- 1) Udgangspunktet for de unges forståelser er, at de er et individ. De opfatter sig som et et autonomt, selvkørende 'jeg', der er adskilt fra familie og øvrige omgivelser. Den implicitte parole er: Vi er alle individer med egen identitet som er adskilt fra hinanden både administrativt med eget navn, personnummer og pas og i forhold til vores valg og fravalg..
- 2) Et individ der mere eller mindre frit vælger sine egne handlinger: Handlinger ses som frembragt via et overblik over valgsituationer og disses mulige implikationer. Handlinger kan derfor forstås som resultatet af et bevidst valg, hvilket fører frem til den næste forudsætning:
- 3) Et individ, der tænker. Antagelsen er, at der ligger kognitive og eksplicitte overvejelser bag hver enkelt handling. Disse overvejelser henfø-

res ofte til hvad den unge har lært i "hjemmet" eller i "skolen".

4) Et individ, der er ansvarligt. Det er det enkelte individet, der med dets valg og bevidsthed står til ansvar for mislykkede eller succesfulde handlinger. Når det går godt i skole, uddannelse og arbejdsliv, henføres forklaringen til individuelle meritter og succesfulde og kloge valg. Tilsvarende er den enkelte skyldig og ansvarlig i forhold til mislykkede valg, eksempelvis individuel sundhed eller levemåde. Man er ikke bare, som det siges, sin egen lykkes smed, men også sin egen ulykkes årsag. Det gælder også på sundhedsområdet: "Du er din egen sundheds smed og din usundheds årsag".

Denne opfattelse af, at eksistere som et autonomt individ genfinder vi hos de unge, der indgik i undersøgelsen, især i forhold til deres opfattelse af, hvordan man holder sig sund. De fleste interviewede unge mener at sundhed er noget, de styrer helt selv, og at sundhed er noget, de selv har ansvar for. De unges udtalelser afspejler således en udbredt tro på enkeltindividets muligheder og chancer. De unge tror i høj grad på, at de egenrådigt konstruerer og vælger deres eget liv og sundhed. Eksempelvis siger Anna:

"Jeg styrer selv, hvad jeg putter ind i min mund. Og ja, jeg er tvunget til at lave idræt heroppe i de to timer, vi har hver onsdag, (...) Men ellers styrer man det jo selv, hvad man putter i ind munden – om du gider at være sund, eller om du ikke gider at være sund"

Spørger man de unge om sygdom og hvordan den håndteres, tegner sig imidlertid et andet billede. Her referer de unge i høj grad til deres forældre, og hvordan de har lært at handle, når man bliver forkølet, får influenza etc. Det er bemærkelsesværdigt, at det mange gange er forældrene, og til dels den øvrige nære omgangskreds, der kommer i første række, mens andre

kilder såsom politikere og kampagner ikke regnes for væsentlige. Det tyder med andre ord på, at at de unge på den ene side har høje forventninger til at sundhed, og at det på en måde er en slags effekt af et "frit valg", og at de på den anden side trækker på en erfaringsbase i forhold til bekæmpelse af sygdom, der stammer fra deres forældre og øvrige omgangskreds. Vi kommer tilbage til spørgsmålet nedenfor.

Livsstil og kost

I forhold til spørgsmålet om kostvaner og livsstil generelt er det tydeligt at de unge i høj grad forbinder disse med de praktikker og udtalte principper, som blev formidlet i den tidlige opvækst i familien. Det er især moderen, de unge refererer til som inspirationskilde. Men der er forskelle på, hvordan de unge reflekterer over, hvad de spiser, og den relaterer sig til deres sociale position. Blandt de unge, hvis forældre har en relativ dårlig social position, forekommer "kost" som 'naturlig' idet de lever af og spiser det, 'de altid får sat på bordet'. Det vil sige, at kost ikke som sådan er objekt for mange overvejelser blandt disse unge. Til forskel herfra er der en tendens til, at de unge, der har ressourcestærke forældre, dem man kunne kalde for eliten i samfundet, er der tilsyneladende et behov for at skille sig selv ud. Det kan fx ske gennem valg af kostsammensætning, præferencer i forhold indkøb af råvarer og valg af indkøbssteder. Det fremgår også af interviewene, at kost ofte er et specifikt fokusområde for de unge, der har haft familier med "problematiske forhold" til kost. Det viser sig for eksempel i familier hvor moderen har problemer med overvægt eller fedme, hvor det at være på diæt ofte har været noget, der blev talt eksplicit om. Disse unge nævner eksplicit overvejelser om, hvad der faktisk sættes på bordet og hvorfor, mens dette ikke i samme grad fylder så meget for de andre unge.

Motion og idrætsvalg

Motion er til forskel fra kostvaner i højere grad præget af, at de unge oplever det som produkt

af et 'frit valg'. Motion og idrætsvalg er ikke blot knyttet til hvad der er muligt konkret i de fysiske omgivelser, men det bliver også i høj grad forbundet med kammeratskabsgruppens præferencer. Det er sjældent at de unge fremhæver, at det er familien, der har sat rammen om deres motionsvaner. Alligevel er det, som man kunne forvente, de habituelle forhold, herunder økonomiske, kulturelle og sociale forhold, der ligger bag den måde, de unge opfatter og konkret handler i forbindelse med motion. Det kan fx være det konkrete valg af evt. sportsgren. Igen må det understreges, at trods de unges opfattelser af selv at vælge, er valget i høj grad styret principper fra familien i forhold til dennes position med tilknyttede idealer om det 'gode liv'. En af de unge, der kom fra en meget ressourcestærk familie, fortalte fx om præferencer for ridesport:

"Ridning har vi vist også gået til. Det var vores far, der dyrkede ridesport".

For andre af de unge var der snarere tale om "at spille håndbold og dyrke gymnastik".

De unge havde nogenlunde ensartede billeder af, hvordan en sund person så ud: En sund person er her én, der er fysisk aktiv, cykler til arbejde, løber eller dyrker en eller flere sportsgrene. For mange af de unge forbindes det at være tyk, som et tegn på at være usund, men billedet er ikke entydigt. Det er er slående, hvor nuanceret og reflekteret, der unge er i stand til at forholde sig til kropsidealer. Flere af dem forbinder således sundhed med forskellige former af velbefindende, psykisk ligevægt og evnen til at kunne handle rigtigt i forskellige situationer.

Vælg den rette mor!

Når man ser de unge med et sociologisk og historisk blik på deres forestillinger, er det interessant at kaste et kritisk blik på forestillingerne om individets frie valg, tænkning og ansvarlighed i forhold til sundhed. Det er muligt at

de unge oplever, at de selv kan være den store entreprenør og arkitekt, der former, styrer og planlægger deres eget liv, herunder deres sundhed. Men undersøgelser viser, at der er stærke kræfter, der har stor betydning for, hvilke valg det er muligt for den enkelte at tage. Undersøgelser fra fx WHO og EU viser, at der er voldsomme sociale forskelle i menneskers livsbetingelser og deres sundhedspraktikker (Mullan, E. & Currie, C. 2000; Marmot & Wilkinson 1999/2003). Der kan ligeledes også konstateres relativt store forskelle mellem de nordiske lande og blandt forskellige sociale grupper i Danmark.

Disse forskelle reflekteres blandt andet i, at børnedødeligheden er forskellig blandt forskellige befolkningsgrupper ligesom risikoen for epidemier, arbejdsskader, forgiftninger er det. Desuden ses forskellene reflekteret i forskelle i befolkningsgruppens oplevelse af livskvalitet. Resultatet disse forskelle er, at nogle befolkningsgrupper i dele af verden har ganske kort levetid, hvis de overlever fødslen, de har overophobning af dødelighed på grund af underernæring eller hungersnød osv. Selv indenfor Danmark, som stadig er relativt ensartet med hensyn til grundlæggende forhold omkring sundhed og sygelighed, er der forholdsvis store forskelle i fx levetid. Fx er den gennemsnitlige middellevetid 78,9 år i Søllerød kommune, mens den er 73,5 i Københavns Kommune (Juel 2006). Forskelle i sundhed i Danmark og de Nordiske lande kan fx findes via (Nomesco/Nosocoom), statistikbanken, SUSY databasen eller via www.akf.dk; www.sfi.dk eller www.sst.dk. De giver et tydeligt billede af at selv indenfor Danmarks grænser er der store forskellige i indikatorer på sundhed.

Hvad betyder alle disse statistiske informationer i forhold til sundhed og valg? Groft sagt betyder det, at hvis et individ vil leve længe, godt, sundt og med høj livskvalitet, så skal vedkommende med stor omhu vælge sig den rette mor. Men ingen har valgt sin mor, ligesom ingen har valgt om de fødes som sorte, gule, røde eller

hvide, om de bliver født i en kristen, jødisk, hinduistisk, muslimsk eller buddhistisk familie. Ingen har valgt om deres forældre er rige eller fattige. Ingen har valgt om deres problem bliver 'livsstilssygdomme og valgsituationer' eller 'hungersnød, krig, afmægtighed og magtesløshed'. Det eneste som er fælles for alle mennesker i verden er, at hver enkelt må improvisere og være entreprenør i deres eget liv uanset hvor, hvornår og hvordan de er blevet født. Det betyder, at 'skabelsen af en livshistorie' foregår på nogle vilkår som er givne snarere end valgte.

I vores perspektiv vil man sige at forestillingen om 'individet der vælger sin sundhed' er så kulturelt dominerende og naturlig, at det fortrænger den 'ikke-valgte-grundpræmis'. Dominerende grupper i samfundet har en, godt nok ikke-bevidst, interesse i at opretholde forestillingen om det frit vælgende subjekt, der på lige præmisser vælger og ansvarlig i forhold til sundhed, men også vedrørende uddannelse, arbejdsmarkedet mv. Her kan en kritisk sociologi bidrage til at udfordre sådanne udlægninger af virkeligheden dvs. at forskyde grænserne for hvad der kan siges. Det betyder fx at sociologien i dette perspektiv kan påpege, at antagelsen om at unge mennesker i Danmark eller i resten af verden har frie og lige muligheder for at vælge det sunde liv, fremstår som en meget stærk, velbevaret og velunderstøttet løgn.

Familien, venner og medierne spiller ind

Det fremgår af vores interviews, at de unge i høj grad oplever, at de selv styrer og kontrollerer deres liv. De ser ikke, at fx politiske beslutninger har særlige indvirkninger på deres liv. Samtidig med disse oplevelser af at "man styrer sit eget liv", fremgår det, at de unge trækker på ressourcer, der ligger uden for dem selv, og som er overleveret gennem generationer. Dette gælder særligt i forhold til, hvordan man håndterer det at være syg. Eksempelvis kan de gøre rede for, hvordan de anvender de overleverede husråd fra familien, og om vigtigheden af deres aktuelle og

tidligere venskabs- og familierelationer. Konkret fortæller en af de unge med en ressourcestærk baggrund, hvordan en af forældrenes venner, der var læge, kom på sygebesøg, når han var syg som barn. Vi har beskrevet at ikke blot økonomisk kapital (penge og ejendomme), men også social kapital (venskabsnetværk, kontakter mv.) er vigtige forudsætninger i forhold til de unges muligheder for at praktisere sundhed og håndtere sygdom. Man kan måske identificere de kreditter eller ressourcer som den sociale kapital udgør, som en slags 'sundhedskapital'. Hermed menes, at denne ressource kan være en hjælp og støtte for de unges bestræbelser om at optimere eller opretholde deres samlede position, herunder i forhold til sundhed og håndtering af sygdom. Når man er truet, såret, eksponeret for sygdom eller usundhed kan social kapital, dvs. den hjælp der er at hente hos lærere, venner, kammerater eller familie, være helt central for de unge. De unge "vil helst selv" og mener at de selv og 'valget' er helt centralt, men samtidig, på et ikke bevidst niveau trækker de i høj grad på ressourcer i familien mv. I denne sammenhæng er det helt afgørende at være opmærksom på, at mængden af denne "sundhedskapital" er ulige fordelt i relation til de unges og deres familiers sociale udgangspunkter.

Det er imidlertid vigtigt at understrege at social kapital ikke blot er noget "en har" eller "har ikke" størrelse. Det er heller ikke noget, der blot som Putnam (1995, 2000) og Coleman (1988, 1994) hævder, kan kvantificeres i termer af 4 eller 10 venner. Pointen er, at alle de unge kan trække på social kapital, men den kapital har helt forskellig værdi dvs. kreditværdighed i forskellige samfundsmæssige sammenhænge. De økonomisk og kulturelt privilegerede familier er også socialt privilegerede, når det angår sundhed og sygdom. Nogle har familie, naboer og venner, der er læger og tandlæger, andre kan referere til sygeplejersker og fysioterapeuter, mens de unge med en dårlig social baggrund kun sjældent har personer med sundhedsbaggrund at referere til.

Ikke valg det hele

Når vi ser nærmere på, hvordan unge oplever sundhed og sygdom, er det tydeligt, at de også har andre oplevelser end at det hele beror på valg. De har en række erfaringer med at deres valg alligevel også har baggrund i deres livshistorie dvs. at meget er "lært" i deres tidligere opvækst i familien. En af undersøgelsens antagelser er, at nogle måder at håndtere livet på er inkorporeret, dvs. bygget ind som nogle grundlæggende principper (habitus) i unge. At disse habituelle principper er virksomme bekræftes af de unge, når de fortæller om hvordan de i deres opvækst har tilegnet "husråd" i forhold til sundhed og sygdom, som de oplever stadig er virksomme, mens de går på efterskolen. De grundlæggende principper for sygdomshåndtering er "antagelser" eller viden om sygdom og sygdomsforebyggelse, der har karakter af "husråd" og som er blevet overleveret fra forældrene til børnene. Det er råd af typen, "det er vigtigt at holde sig varm" og "undgå kolde fødder", eller "man skal drikke te, når man har ondt i halsen". Her er et par eksempler fra undersøgelsen:

"Altså jeg spiser mange klementiner om vinteren, fordi det, siger min mor, er godt mod forkølelse og sådan noget. Det er bare noget, jeg er blevet vant til, at man spiser en masse klementiner op til jul." (Anders)

"Når vi havde ondt i halsen, så var det altid noget med, at vi skulle have noget varmt at drikke, te med noget honning fx. Vi tog også vitaminpiller og sådan noget for at forebygge. Og hvis nu man havde ondt i maven, så drak vi et par colaer og spiste chips – jeg ved ikke, om det mest var for hyggens skyld eller – det blev i hvert fald sagt, at det var godt for ondt i maven."

Disse principper, hvad enten det drejer sig om at spise eller drikke noget bestemt, eller om det

handler om at 'få varmt tøj på', fungerer som 'regler'. Det er ikke noget der stilles spørgsmålstegn ved, det 'ligger i luften', at sådan gør man bare, og sådan har man gjort gennem generationer. De unge giver desuden udtryk for, at de til en vis grad er påvirket og måske også presset af medier og andre samfundsmæssige tiltag, som lægger op til, at den enkelte selv har ansvaret for egne handlinger og er ansvarlig for egen sundhed i det omfang, at den knytter sig til det at realisere sig selv. Udtryk som at 'kampagner er latterlige' er netop med til at sætte os på sporet af, at sådanne ydre mål for 'det sunde liv' enten opfattes som banale og ligegyldige eller omvendt som noget urealistisk og uopnåeligt.

Et paradoks?

I undersøgelsen bliver det således tydeligt, at der blandt unge er mindst to grundlæggende og modsatte principper i forhold til hvordan sundhed og sygdom bliver håndteret. Disse principper er ikke tydelige og bevidste for de unge, men kan spores som en slags grundorienteringsmønstre:

- På den side er der 'retten til at være syg', dvs. man bliver hjemme i sengen, indtil man er rask. Det er helt legitimt, og omgivelserne (ofte moderen) anerkender og understøtter, at dette er den rigtige måde at håndtere sygdom på. Barnet møder omsorg og anerkendelse undervejs i forløbet – princippet gentages gennem opvæksten og bliver derved et ufravigeligt mønster, en del af den unges habitus. Det ser ud til, at det især er blandt de unge, der kommer fra ressourcerstærke baggrunde, vi finder referencer til dette princip.

- På den anden side er der også 'pligten går forud for sygdommen'. Dvs. det ligger ligesom i 'luften', at man passer sit arbejde (skolen) på trods af utilpashed eller egentlig sygdom. Fælles for denne orientering er, at sygdom eller sygdomstegn skal negligeres eller helt ignoreres, og de unge skal så vidt muligt gå i skole – passe deres

forpligtelser. I dette tilfælde bliver indstillingen til at fortsætte i hverdagen kraftigt understøttet af forældrene. Grundholdningen er, at man ikke 'skal pive', men derimod være stærk, klare det. Denne grundorientering finder vi især blandt unge fra relativ dårligere sociale baggrunde.

Denne dobbelthed – mellem lysten og pligten – kan identificeres i den måde, hvorpå de unge beretter om, hvem eller hvad der bestemmer og styrer sygdom og sundhed. Det generelle billede er, at 'sygdom er enhver mands herre'. Når først sygdommen er der, kan man tage en række husråd i anvendelse og på den måde arbejde for, at blive rask igen. Men at styre sygdommen ligger uden for individets indflydelse.

Social position og sundhedskapital

De unge, der indgår i undersøgelsen, er opvokset under meget forskellige forhold. Det gør, at der er utroligt store forskelle på hvilke privilegier - eller mangel på samme - der har været virksomme i deres opvækstforhold. Nogle af de unge fra velstående familier kan iværksætte relativt dyre vaner i forhold til kost, motion, fritidsinteresser, ferier osv. De har boet i boligområder med optimale vilkår i forhold til fritidsliv, skoleforhold og venskabsrelationer mv. Det skal også nævnes at disse boligområder samtidig kræver, at visse 'fine' vaner er normen, hvilket også udgør et konkret krav for de respektive familier at leve op til.

I den henseende kan man se, at fx 'økologiske' madvarer eller 'faste skiferier i Schweiz' eller store ejerboliger er et vilkår og en selvfølge for nogle af de unge, der indgår i undersøgelsen. Hvad angår de unges sundhedspraktikker formidlet som kost- og madadfærd, ser vi fx, at disse unge fortæller, at de eller deres forældre primært køber økologiske varer for på den måde at højne deres sundhed.

"Mine forældre køber kun økologisk mad, så vi lever så sundt som muligt. (...) Der

er salat hver aften, til hvert måltid." (Camilla)

"Min far går meget ind for økologi (...) Han køber økologisk mælk og appelsiner og sådan noget. Det går han meget ind for." (Charlotte)

"Jeg er blevet opdraget med, at økologisk var det rigtige, ikk." (Markus)

Ingen af de lavere positionerede unge nævner derimod økologi med et ord. Det 'økologiske' er til gengæld distinkt, dvs. til forskel fra erfaringen med "fed mad med tyk sovs", "campingferie i Danmark" og lejelejligheder, som er et vilkår og også en selvfølge for andre af de unge.

"Sundhedskapital"

Det står klart, når man sammenligner dansk forskning i sundhed og sygdom med internationale studier, at det har betydning, at den danske velfærdsstat i princippet stiller de samme offentlige sygdoms- og sundhedsressourcer til rådighed for hele befolkningen, uanset socialt tilhørsforhold. Det er eksempelvis retten til behandling på hospitaler ved sygdom, gratis børnetandpleje, tilbud om besøg af sundhedsplejerske i forbindelse med fødsler etc. Der er med andre ord tale om akkumulerede fælles ressourcer, som principielt står til rådighed for alle i en dansk velfærdsstat. Vi har valgt at definere dette som en slags generel 'sundhedskapital'. Den kapital er fx ikke en grundlæggende forudsætning i USA (Reid 2009) eller en række udviklingslande og det er mest ved konfrontation med sådanne samfund at det bliver tydeligt hvad velfærdsstat er for en størrelse dvs. hvad der er opbygget af konkrete, men oftest ikke bemærkede dvs. naturaliserede ressourcer. Med "opbygget" menes at mennesker før os dvs. tidligere generationer, over tid og via hårdt arbejde har tilsidesat behov, ikke primært af egen fri interesse, men motiveret af bevægelser, statslige og politiske interesser – med henblik på at etab-

lere aktiviteter, institutioner og professioner som bidrager til sundhed.

Sundhedskapital kan være mange forskellige ting. På et plan kan det være vejnet, kloakering. På et andet plan kan det handle om institutionaliserede ordninger som fx statslig støtte til sundhedspleje og sygdomsbehandling. Man kan desuden tale om, at sundhedskapital er en slags ressource i form af viden (fx teorier om den menneskelige krop eller det fysiske miljø), medikamenter (fx vitaminer eller antibiotiske midler) og primært medicinsk teknologi (fx måleredskaber eller røntgenapparater) principielt står til rådighed for alle. De unge har på forskellig måde og i forskellig udstrækning muligheder for at trække på - fx ressourcer, der er oparbejdet af andre, og før de selv født. Sundhedskapital er blandt andet institutionaliseret i det lille gule sygesikringsbevis som alle får udleveret. Kortet med alt hvad dertil hører er et oparbejdet gode som siger at personen kan få gratis lægehjælp og behandling på hospital mv.

Begrebet "sundhedskapital" og tænkningen herom er udviklet videre i Larsen 2008 og 2010. Her gøres mere ud af at tænke området som et 'felt for sundhedsviden' og et 'felt af sundhedsinstitutioner' med en modsvarende sundhedskapital. I den optik kan vi sige at der er udviklet en "smag for sundhed". Kroppen har altid været genstand for investering i historisk perspektiv og idealer om hvad en smuk, flot eller sund krop har ændret sig over tid. Men arbejdet med at optimere kroppens sundhed er blevet objekt for en ny opmærksomhed og fokusering særligt gennem de sidste 20 år, ikke mindst blandt unge mennesker. Det sker primært fordi staten trækker sig og lader markeds kræfter vokse frem på områder der tidligere var reguleret og "beskyttet" af velfærdsstaten (Bourdieu et. al 1999). Arbejdsmarkedet, ægteskabsmarkedet, behandlingsmarkedet og boligmarkedet mv. ændrer sig og vi ser i dag en tendens til at den 'fede, dovne og rygende krop' afvises når den søger job, øn-

sker en partner, vil have sundhedsforsikring eller en bolig. Sociologisk set er sundhedskapital, som del af en kulturel kapital, da effekterne af det arbejde som nogle mere end andre udfører i form af trimning af kroppen ved løbende opmærksomhed på fysiske interventioner (fx kropsskirurgi), farmakologiske interventioner (fx indtag af lægemidler) samt ikke mindst daglig opmærksomhed på kost/diæt, motion/træning, hud/teint mv.

Der står en hel hær af vejledere, konsulenter, fitnesseskperter og sundhedsprofessionelle (konventionelle og alternative) til rådighed for at måle, støtte, monitorere investeringsarbejdet. Næsten alle voksne kender fx deres serumkolesterol eller BMI. Den sociologiske påstand vi fremfører, er således, at når unge eller ældre løber, træner, ophører med rygning mv., så er de samtidig i færd med at optimere deres samfundsmæssige muligheder for at få eller opretholde et job, en kæreste, en bolig osv. Deres arbejde med kroppen skaber "fordel" i forhold til grupper der ikke gør det.

Konklusion: At intervenere på levevilkår frem for livsstil

Vores analyser peger på, at unges handlinger og praktikker i forhold til sundhed og sygdom er forskellige, og at der er en sammenhæng mellem deres sociale position og specielt til de sociale forhold, der har været gældende gennem deres opvækst. Med andre ord peger analyserne på, at der er en sammenhæng mellem de betingelser (materielle, økonomiske, sociale, familiemæssige mv.), og den måde de unge konkret forholder sig til og handler i forhold til sundhed og sygdom. I interviewene med de unge bliver det tydeligt, at de trækker på viden og erfaringer, der er opbygget gennem socialiseringen lige fra barnets tidligste opvækst. Den viden og disse erfaringer er ofte 'tavs' og fungerer som en ikke-bevidst orientering om, hvordan man agerer i livets forhold, herunder også i relation til sundhed og

sygdom. Det betyder, at danske familier og dermed også danske unge, har helt forskellige udgangspunkter, når det gælder deres måde at forholde sig til sundhed og sygdom. Deres forskellige handlinger og praktikker skal derfor forstås på baggrund af de vilkår, der har været gældende under deres opvækst. Vilkår som langt hen af vejen er givet af deres families sociale position.

Det leder os frem til nogle afgørende pointer eksempelvis hvad angår kampagner, hvis mål er at få de unge til at leve mere sundt. Ofte er kampagnernes implicitte forudsætning en opfattelse af, at hvis de unge får tilstrækkelige informationer og oplysninger, vil de ændre deres adfærd. En række undersøgelser viser imidlertid at dette ikke er tilfældet. Det er især de mest ressourcerstærke dele af befolkningen, der ændrer adfærd, som følge af kampagner, mens de mindst ressourcerstærke dele af befolkningen ikke ændrer adfærd. Og det er selvom de fra et objektivt synspunkt oftest er dem, der har mest behov for det.

Vores analyser peger på, at dette paradoks kan forklares med henvisning til, at kampagnerne bygger på nogle fejlagtige forestillinger, der ikke tager højde for de unges forskellige sociale baggrunde og handlemuligheder/handlerum. Vores pointe er, at hvis kampagnerne skal have en effekt, må man i første omgang se de unges handlinger, uanset deres sociale position, som nødvendige og fornuftige – set fra deres perspektiv – også selvom disse handlinger fra kampagnens perspektiv er ufornuftige og ikke sunde.

Det indebærer, at hvis man for alvor vil iværksætte indsatser, der skal have betydning for alle grupper af unge, må opmærksomheden rettes imod de økonomiske, kulturelle og sociale betingelser, der indrammer deres handlinger og praktikker. Forsøg på mental adfærdskorrektion, er ikke tilstrækkelige, fordi de ganske enkelt ikke genkendes af (dele af) de unge.

En anden pointe i denne sammenhæng er, at det ikke er hverken meningsfuldt eller tilstrækkeligt at fokusere på kampagner, forskningen eller interventionerne på de svage, de udstødte, de usunde – "ofrene", hvis ikke der inddrages det perspektiv, som vi her fremlægger, at menneskers handlinger som udgangspunkt, altid må forstås som fornuftige og som det eneste rigtige at gøre i en given situation. Hvis man ikke acceptere dette, vil resultaterne som oftest ramme ved siden af, fordi de ikke inddrager de forhold, der er væsentlige for at forstå, hvorfor forskellige grupper af mennesker handler forskelligt i forhold til de samme situationer.

Så når nogle mennesker har få økonomiske, materielle, kulturelle og sociale ressourcer, så er det til forskel fra andre mennesker, der har flere eller mange af de værdifulde ressourcer. Man kan ud fra et relationelt perspektiv formulere det sådan, at når nogle har mange ressourcer, så er det fordi andre ikke har det. "Det sunde liv" forstået som livskvalitet og –kvantitet er med andre ord ikke noget i sig selv. Det forandrer sig med tiden og opfattes forskelligt af forskellige mennesker.

Så arbejdet med 'usundhed' angår i højeste grad tildeling, fordeling og omfordeling af ressourcer, og her udgør social kapital blot en type ressource. Det er derfor problematisk at den internationale forskning, indenfor de sidste 15 år har ændret spørgsmål vedrørende studier af sundhed og ungdom fra: "Har dine forældre og du penge og uddannelse?" (økonomisk og kulturel kapital) til "Har du venner?" (social kapital). Med denne artikel har vi påpeget, at social kapital er vigtig, men at – det er nødvendigt at se på de materielle forhold, den økonomiske formåen og uddannelse – som helt centrale faktorer i forhold til at optimere et godt og sundt liv.

Om forfatterne

Kristian Larsen er professor ved HiO, Højskolen i Oslo og deltids lektor ved institut for pædagogik, DPU, Aarhus Universitet. Han har en tidligere uddannelse som sygeplejerske og igennem en år-række undervist på forskellige sygeplejerskeskoler. Hans forskningsfelter er bl.a. sociologisk forskning inden for sundhedsområdet, uddannelse/læreprocesser blandt speciallæger, turnuslæger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, social- sundhedsassistenter og patienter samt forskellige former for empiriske metoder.

Peter Damlund Koudahl er lektor ved Institut for Didaktik, DPU, Aarhus Universitet. Her forsker han bl.a. i relationerne mellem uddannelsespolitisk tænkning og tilrettelæggelsen af erhvervsuddannelserne og i sociale og samfundsmæssige in- og eksklusionsmekanismer i bredeste forstand og uddannelsessystemets betydning i denne sammenhæng samt i sociale forskelle og børns sundhedspraktikker.

Bente Jensen er lektor ved Institut for Læring, DPU, Aarhus Universitet. I hendes forskning har hun specielt fokus social arv, udsatte børn, tidlig indsats ud fra et perspektiv om organisatorisk læring og innovation. Hun har været forskningsleder på en række projekter om velfærdssamfundets indsatser over for social arv og udsatte børn og senest HPA-projektet, et interventions- og effektstudie. Hun er medlem af Forskningsprogrammet 'Organisation og Læring' ved Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, og er her en del af den gruppe der forsker i forholdet mellem læring og innovation.

Litteratur:

Bourdieu, P. (1977a). Outline of a theory of practice. Cambridge: Cambridge University Press.

Bourdieu, P. (1980/1990). The logic of practice. Polity Press.

Bourdieu, P. (1984). Distinction. A Social Critique of the Judgement of Taste. London: Harvard College and Routledge & Kegan Paul.

Bourdieu, P. (1997) Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen. København: Hans Reitzels Forlag.

Bourdieu, P. et al., (1999). The Weight of the World. Polity press.

Coleman, James. (1988). Social Capital in the Creation of Human Capital. I: American Journal of Sociology 94, 95-120.

Coleman, J.S. (1994) Foundations of Social Theory. Cambridge MA: Belknap Press

Juel, Knud (2006) Korte middelelevetider på Lolland. Ugens tal for folkesundhed. Uge 51, 2006. http://www.si-folkesundhed.dk/Ugens%20tal%20for%20folkesundhed/Ugens%20tal/51_2006.aspx

Larsen, Kristian (2008). Kroppe – sundhed og social ulighed. I: Glasdam S. (red) Folkesundhed – I et kritisk perspektiv. København: Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck: 188-218.

Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (eds.) (1999/2003). Social determinants of health. Oxford University Press.

Mullan, E. & Currie, C. (2000). Socio-economic inequalities in adolescent health. I: Currie, C., Hurrelmass, K., Settertobulte, W., Smith, R. &

Todd, J. (2000). Health and health behaviour among young people. WHO, 65-73.

Putnam, R. D. (1995). Bowling Alone: America's Declining Social Capital. I: Journal of Democracy 6:1, Jan, 65-78.

Putnam, R.D. (2000). Bowling alone. The collapse and revival of American community. New York: Simon & Schuster.

Reid, T. R; (2009) The Healing of America. A global quest for better, cheaper, and fairer Health Care. The Penguin Press, New York.

Rose, Nikolas (2009) Livet politik. Biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede. Dansk Psykologisk Forlag

Artiklen bygger på undersøgelsen:

Jensen, B; Larsen, K; Koudahl, P; Andsager, G; (2007) Ulighed i børn og unges sundhed. – Set i lyset af social kapital. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag, København.

Og videregående analyser hos:

Larsen, Kristian (2010) Bourdieu – sundhed, viden og profession. (Red. Pernille Tanggaard Andersen og Helle Timm) Sundhed og sygdom – Sociologisk set. Hans Reitzels Forlag. In. Press.

Hvordan er det at være ung og leve med en alvorlig, kronisk sygdom? Det er det centrale spørgsmål, som Bibi Hølge-Hazelton stiller i hendes artikel. Hun tager udgangspunkt i en konstatering af, at kategorierne "syg" og "ung" hver for sig er nogle meget meningsbærende kategorier – spørgsmålet som hun efterfølgende undersøger er, hvad det er for nogle forestillinger og fordomme, der dukker op, når de to kategorier optræder samtidigt.

Forstyrrelser i **ungdomslivet**¹. Når **unge** bliver kronisk eller alvorligt **syge**

Af Bibi Hølge-Hazelton

"Jeg har altid forestillet mig, at det kun er bedstemødre der bliver ramt af denne sygdom. Og når man er bedstemor er man kommet gennem de faser i livet, som omhandler, kæreste/mand, børn, huskøb, erfaring på arbejdsmarkedet osv. Og når man så får denne sygdom som ung, så er man jo langt fra bedstemor-alder" (Katrine).

Citatet stammer fra en ung kvinde, der har fået kræft. Som mange andre unge, der rammes af en kronisk eller livstruende sygdom, kommer det

som et chok, at de overhovedet kan blive syge. Og når uheldet så er ude, overraskes mange over, hvor få tilbud der er til unge, hvor lidt og spredt viden der er til rådighed. De overraskes også ofte over, hvor ensomt det kan være at "blive voksen før tid" som en ung mand på 19 år udtrykte det, da han havde fået konstateret insulinkrævende diabetes.

Kroniske sygdomme

Flere sygdomme, der tidligere blev betragtet som livstruende med et forholdsvist kort forløb, betragtes i dag som kroniske med langstrakte

forløb. Det gælder for eksempel en række kræftsygdomme. Det hænger blandt andet sammen med forbedrede behandlingsformer og ikke mindst med håndteringen af bivirkningerne til den medicinske behandling.

Sundhedsstyrelsen beskriver en kronisk sygdom som havende en eller flere af følgende karakteristika: "Den er varig, efterlader blivende følger, skyldes ikke-reversible patologiske forandringer, den kræver en særlig rehabiliteringsindsats eller må forventes at kræve langvarig overvågning, observation eller behandling" (1). Det betyder med andre ord, at unge, der bliver kronisk syge kommer til at leve længe med følgerne af både sygdom og behandling. Dette kan være vanskeligt at overskue for den unge og dennes pårørende. Det kan samtidigt også være vanskeligt for professionelle at forberede den unge på hvad der venter forud, fordi der mangler viden om de langsigtede konsekvenser af behandlingerne.

Case: unge med kræft

Som forsker med interesse for unge med kræft, oplever jeg ofte at jeg efter et endt foredrag bliver kontaktet af unge, forældre eller professionelle, der påpeger at det ligeså godt kunne være unge med gig, astma, diabetes eller noget helt andet. Når der i denne artikel sættes fokus på unge voksne med kræft, kunne der således for en lang række forhold, lige så godt være tale om unge med andre sygdomme. Det centrale i denne forbindelse er, at det er en særlig situation at være ung og blive syg, og det er med dette perspektiv i baghovedet, artiklen bør læses¹.

Unge med kræft - en overset gruppe?

Forskellige kroniske sygdomme, herunder kræftsygdomme har forskellige aldersprofiler, men som hovedregel rammer kræft (2,3) og en række andre kroniske sygdomme ældre mennesker. Der er i forhold til det samlede antal kræfttilfælde ikke mange unge, der bliver syge, hvilket

måske kan være en af årsagerne til, at området har været betragtet som et forholdsvist lille problem, og derfor ikke hidtil har fået megen opmærksomhed.

"Det starter allerede i diagnoseøjeblikket, hvor hospitalspersonalet allerede har svært ved at forklare, hvorfor unge får kræft. For mit eget vedkommende er der ikke tidligere tilfælde af kræft i familien, og der er ikke tale om arvelig kræft - hvor pokker kommer det så fra? Når man derefter skal fortælle om sygdommen til familie, venner og kollegaer, kommer den samme reaktion igen og igen - Guuuud, men du er jo så ung, jeg troede, det kun var gamle mennesker, der fik kræft!

I såvel praksis, som i den videnskabelige litteratur har unge/unge voksne (adolescents/young adults) med kræft været beskrevet som en overset og anderledes patientgruppe (4) i aldersspektret 13 til 40 år (5) og når man spørger de unge selv, er det præcist, hvad de oplever (6,7).

"Da jeg var indlagt på brystkræftafdelingen, lavede jeg sjov med, at det var som at komme på plejehjem, fordi de fleste af mine medpatienter var en del over pensionsalderen. Dem følte jeg ikke, jeg havde noget til fælles med på trods af, at vi havde samme diagnose. Det var først, da jeg kom på kurser for unge med kræft, at jeg fik et lille netværk. Alle havde samme oplevelse som jeg, nemlig at det var noget helt særligt at være ung og kræfttramt særligt bl.a. fordi vi er så få" (Katrine).

Som Katrine påpeger, skyldtes den manglende opmærksomhed nok, at det mest er ældre, der får kræft, og fokus derfor har ligget der. Dette har i høj grad været tilfældet hidtil, men det ser ud til, at der er ved at ske ændringer.

I de seneste år er man internationalt for alvor blevet opmærksom på, at unge/unge voksne med kræft udgør en gruppe med særlige psykosociale behov. Den foreløbige kulmination på dette er annonceringen af charteret: International Charter of Rights for Young People with Cancer (8) der er en sammenslutning af en række organisationer der ønsker at arbejde for unges rettigheder.

Der er således et voksende internationalt fokus på behovet for at målrette indsatsen for denne gruppe (9) og udvikle mere viden om unge og unge voksne.

"Der er brug for mere forskning for at udvikle præcise data om behandling og overlevelse for unge og unge voksne patienter. En særlig cancerdisciplin, der fokuserer på at forbedre resultaterne i behandling og overlevelse for unge og unge voksne, bør udvikles på de store kræftcentre" (9: Egen oversættelse).

Der er begyndt at ske noget i Danmark

Onkologisk afdeling, Århus Sygehus siden år 2000 haft et særligt fokus på, hvordan pleje og behandling af de unge med kræft bedst organiseres og udføres. Man har senest i 2009 markeret sig med et forskningsprojekt om betydningen af at arbejde netværksfokuseret med unge (10)

Kræftens Bekæmpelse har oprustet på området, blandt andet ved at støtte ung-til-ung gruppen 'Drivkræften', der blev etableret i 2007 (<http://www.cancer.dk/drivkraeften/>).

På Rigshospitalet etableredes i 2009 et ungdomsmedicinsk videnscenter, der arbejder for at skabe bedre forhold for unge patienter i hospitalsvæsenet og gøre de unge til aktive medspillere i deres behandling.

Disse initiativer understøttes indenfor kræftområdet - også fordi det nu videnskabeligt kan dokumenteres, at hyppigheden af bestemte kræftsygdomme og disses biologi er væsentlig anderledes hos unge/unge voksne, og at disse i kraft af dette ofte har en ringere prognose (11). Herudover har unge særlig risiko for at få senfølger af kræftsygdommene (12).

Hvordan er ungdom en særlig kategori?

Det er meget vigtigt at være opmærksom på, at når man fokuserer på, at en kategori som 'ungdom' synes at udgøre noget særligt for mennesker med kroniske sygdomme, risikerer man samtidig at fastlåse sit blik og skabe modsætninger, der mere er baseret på fordomme end på realiteter i forhold til andre generationer. At være kronisk syg/kræftpatient er allerede en meget betydningsbærende kategori, der sender helt særlige signaler. Når man til denne kategori tilføjer endnu en kategori: ungdom, må man spørge om, hvad det er for forestillinger/fordomme om unge som særlige, der kommer i spil, og hvad de fælles problematikker er på tværs af aldre, og hvad forhindrer for eksempel en klog 60-årig i at hjælpe en ung?

At være ung og have kræft er jo på mange måder det samme som at være gammel og have kræft. Det er det samme på den måde, at mange af de spørgsmål og bekymringer, der trænger sig på for de fleste patienter og deres pårørende, er de samme. Man er for eksempel bekymret for kropslige forandringer, for ens job eller uddannelse, for sine pårørende eller for ikke at blive rask, uanset om man er ung eller gammel. Behandlinger og bivirkninger varierer heller ikke meget. Så hvorfor giver det så i det hele taget mening at tale om unge som én gruppe?

"Jeg mener både, [man kan tale om unge] som en gruppe og ikke kan. Forstået på den måde, at vi på den ene side føler en meget stor samhørighed som gruppe af

unge med mange fælles oplevelser og problemer. Fælles er jo også, at sygdommen virkelig rammer os på vores identitet, selv når man kigger på vores forskellige baggrunde, herunder alder, diagnose og livssituation. Hvis man på den anden side kigger nærmere på, hvilke problemer de unge slås med, er der selvfølgelig forskel, da vi befinder os mange forskellige steder i livet. Én på 18 år tænker måske ikke så meget over, at hun måske ikke vil kunne få børn, hvor det fylder langt mere for unge midt i 20'erne og opefter. Én i 20'erne skal måske til at revurdere sit uddannelsesvalg og skifte spor, og én i 30'erne har haft nogle år på arbejdsmarkedet og oplever pludselig, at arbejdet ikke giver mening mere, og at det kan være svært at magte samme mængde arbejde som før diagnosen. Jeg har haft brystkræft, men bruger ikke foreningen "De brystopererede", fordi, jeg ikke føler, det er diagnosen, det kommer an på. Selv inden for en diagnose er der jo meget forskel på os som gruppe, fx alder og grad af bivirkninger" (Katrine).

Det særlige for unge er, at de i modsætning til mange ældre er i en fase af livet, hvor de er i gang med at træffe væsentlige identitetsnære beslutninger om for eksempel uddannelse, parforhold, forældreskab og bolig. At være ved at beslutte sig for, hvilken uddannelse man gerne vil ind på eller afslutte, at bestemme, om man skal danne fast par med sin kæreste, måske få børn, eller købe egen bolig, er beslutninger, mange middelaldrene og ældre har truffet. De står på og har, om ikke urokkelige fundament, så dog platforme i deres liv, som mange unge ikke har etableret endnu. Dette understreges også i litteraturen om unge voksne, der har kræft eller andre kroniske sygdomme som diabetes og astma (13,14,15), og beskrives som brudte biografier (16 egen oversættelse).

Nogle af de øvrige områder, hvor unge adskiller sig fra andre generationer, når det drejer sig om betydningen af at skulle leve med kræft, beskrives i det følgende.

Informationsgenerationen

Yngre mennesker, der får en kræftsygdom, repræsenterer en patientgruppe, der spejler det, der er blevet kaldt det 21. århundredes patientkultur. En senmoderne kultur præget af individualisering, specialisering, mindre norm-orientering og autoritetstro. Dette stiller særlige og nye krav både til de professionelle og til de metoder, der kan tages i anvendelse. Og selvom der arbejdes på sagen, oplever mange unge ikke, at der er så meget relevant viden at hente, hvis man er ung og har kræft.

"Da jeg fik diagnosen, forsøgte min kæreste og jeg at finde litteratur om andre i samme situation, men det var kun muligt at finde litteratur skrevet af meget utilfredse tidligere kræftpatienter eller folk på mine forældres alder, hvilket ikke lige var det, vi havde brug for. Det var heller ikke muligt at blive henvist til grupper for unge kræftframte eller lignende. Jeg henvendte mig bl.a. til Kræftens Bekæmpelse for at høre, om jeg kunne få en kontaktperson, der lignede mig selv, dvs. var nogenlunde på min egen alder, arbejdende, var uden børn og havde haft den samme diagnose. En dame på ca. 60 år, der dog havde haft brystkræft, ringede til mig og tilbød at være min kontaktperson. Jeg ringede aldrig tilbage" (Katrine).

Og det er ikke kun manglende adgang til relevant viden, der opleves som et problem for unge med kræft. Det er også den manglende mulighed for kommunikation - for eksempel via opkoblinger til internettet i forbindelser med indlæggelser, er også et stort problem.

De unge tilhører en generation, som er vokset op med et højt niveau af informationsteknologi til rådighed. Det vil for mange unge opleves som en total isolering fra den omverden, de er så afhængige af at være i forbindelse med, når kommunikationsmulighederne ikke er til rådighed. Det er faktisk som en ekstra død - ingen kontakt - intet liv.

Manglende mulighed for elektronisk kommunikation opleves naturligvis også som frustrerende for mange ældre patienter, der i stigende grad har taget teknologien til sig. Forskellen er måske, at det at være sat udenfor, selv i relativt korte tidsrum, kan opleves næsten som en dødsdom af unge, der frygter at miste de kontakter og venskaber, der er så væsentlige at fastholde, både i forhold til at komme igennem sygdom og behandling, men også et i et rehabiliteringsperspektiv (17).

Når man ikke kan finde en forklaring på sygdommen

Et andet problem, der fremføres af unge der lider af kræft, er, at sygdommene tilsyneladende kommer ud af den blå luft og ikke kan knyttes til livsstilen, hvilket ofte gælder for flere ældre med kræft. Noget tilsvarende finder man blandt unge med andre kroniske sygdomme.

"Da jeg ikke kan få en forklaring nogen steder, tror jeg, det er kommet af ingenting, og derfor tænker jeg desværre også nogen gange, at det kan komme af ingenting igen" (Katrine)

Forskning med for eksempel unge, der har insulinrævende diabetes, viser, at professionelle ofte ikke tager unges behov for at finde frem til en forklaring alvorligt. Her betragter nogle professionelle de unge som "uskyldige" og kommer derfor let - uden egentlig at ønske det - til at fratage de unge muligheden for at tale om dette svære tema. Det kan betyde, at de unge overlades til sig selv i deres søgen efter en årsag eller

en mening med sygdommen. Det er noget, der kan skabe oplevelsen af stor ensomhed, særligt når den akutte behandlingsfase er ovre (18)).

Mange unge med kræft vil blive helbredt og leve længe med sygdomserfaringerne i et forandret liv med psykosocialt påvirkninger og evt. fysiske skader. Og kræftsygdommen følger ofte den enkelte, længe efter behandlingen er afsluttet. Nogle oplever at blive styrket, mens andre har brug for en særlig rehabiliterende indsats. Nogle vil blive patienter igen senere i livet, enten på grund af tilbagefald af kræftsygdommen eller på grund af anden sygdom. Der er således tale om en gruppe, som vil være potentielle brugere af sundhedsvæsenets ydelser i mange år frem.

Livet har et langt perspektiv

Når man har været succesfuldt behandlet for en så alvorlig sygdom som kræft, er man stadig i manges øjne "afsluttet" og heldig. Andre kræftpatienter står i kø for at blive behandlet. Også de, hvor behandlingen lykkedes, har brug for hjælp og støtte i denne nye livsfase, og tilbud om støtte til fysisk- og ikke mindst psykisk og social rehabilitering er stadig alt for ringe og tilfældig (19). Men for nogle unge med kræft kan det opleves som en næsten uoverskuelig opgave at vende tilbage til deres tilværelse (20). De kan føle sig svigtet af både professionelle i sundhedssektoren og af patientforeningerne.

"Jeg oplever, at en kræftsygdom for en ung bare er noget, der skal overstås og så skal man videre med livet - det var i hvert fald min egen indstilling, da jeg fik diagnosen. Jeg fik at vide, hvilken behandling jeg skulle igennem, og når den var slut, så skulle jeg bare lige videre med det, jeg havde været i gang med før. Der var ikke nogen, der havde forberedt mig på, at jeg først da for alvor ville få brug for, at der var et sted, jeg kunne henvende mig og snakke med ligesindede om alt de, jeg havde oplevet, mine

bivirkninger og om angsten for tilbagefald – alle disse ting skulle jeg nu bære rundt på samtidig med, at jeg lige passede mit arbejde, forsøgte at komme i form igen og bare var usigelig træt hele tiden og nærmest ikke var i stand til at koncentrere mig om nogen ting, og slet og ret var en helt anden person. Så nej, jeg har i hvert fald ikke oplevet, at tiden efter behandlingen var en tid med over-skud, nærmest tværtimod, man føler sig meget alene som ung, fordi det er vanskeligt at finde andre i samme situation, som man kan dele sine oplevelser med” (Katrine).

Det vil naturligvis være forkert at hævde, at det er nemmere for ældre at "vende tilbage" fra et kræftbehandlingsforløb end for unge. Nogle er chokerede og lever med angsten for tilbagefald, nogle "sadler om" efter at have set livets begrænsninger i øjnene, og andre er blevet både skuffet og positivt overraskede over familie, venners og kollegaers reaktioner. Nogle har måske mistet venner, andre jobs, og et kræftbehandlingsforløb kan have voldsomme økonomiske og sociale konsekvenser. Men mange ældre mennesker har ofte både livserfaringer og centrale rammer som bolig, parforhold og uddannelse på plads, i modsætning til en del unge, der oplever, at måtte begynde forfra, når de efter et behandlingsforløb, hvor de måske er flyttet hjem til forældrene igen, har mistet arbejdet eller studiepladsen, opbrugt SU-en, og i det hele taget oplever sig som anderledes end andre unge på samme alder.

Luksusproblemer?

Ser man på litteraturen om rehabilitering, er langt de fleste problemer, som mennesker med kræft får, voldsomt i begyndelsen, hvorefter de aftager med tiden. De får over tid et godt liv med en god livskvalitet uden meget større psykiske problemer end resten af befolkningen (21). Men der er en lille gruppe, som får psykiske proble-

mer, der ikke forsvinder af sig selv, (og her er der tilsyneladende variationer afhængig af blandt andet kræftdiagnoser, så 'gruppe' er måske lidt misvisende her). Og en lille del af de, der har det sådan, kan i sidste instans ende med selvmordsforsøg (22).

"Jeg har nu været til min afklarende samtale i patientforeningen - det gik som jeg frygtede. Næmlich at jeg føler, at jeg kommer med "luksum" problemer. Jeg fik også at vide, at de har meget travlt, og at det ikke var sikkert, de kunne tage mig - så havde jeg sgu lyst til at gå. (...). Nogle gange har man faktisk bare brug for et sted at tage hen og tude ud. Ham, jeg var til afklarende samtale hos, fik ikke mine tårer at se - jeg følte ikke, han havde forståelsen for mine problemer" (Katrine)

I nogle studier anvender man begrebet post traumatisk stress syndrom (PTSD) om dét, nogle kræftpatienter oplever (23). Det er en diagnose, som ofte forbindes med hjemvendte soldater fra krig eller torturofre, men som i denne forbindelse bruges til at beskrive en tilstand, hvor man som følge af kræftdiagnosen er blevet så rystet i sin grundvold og ofte reelt truet på sit liv, at man har svært ved at slippe oplevelsen bagefter. Følger man den tankegang, giver det Katrine beskriver, god mening. Og det giver også håb, fordi man så kan gøre noget ved problemet, samtidig med at sundhedssektoren vil blive opmærksom på, at det er noget, man skal have i mente, for på den måde at blive meget bedre til at finde frem til de få, der oplever dette, og give dem den hjælp, de har brug for.

Afrunding

Unge med kræft og andre kroniske sygdomme har længe været en overset gruppe, både i patientforeninger, forskning, medicin og sygepleje. Men som det er fremgået, er der en voksende viden og erkendelse af, at unge/unge voksne

med disse sygdomme udgør en særlig gruppe og et særligt forskningsfelt. Det er blevet fremhævet, at der er mange sammenfald mellem de erfaringer, alle mennesker med kræft har, og det derfor kan være problematisk at stirre sig blind på "unge" eller "ældre" eller alle mulige andre betydningfyldte kategorier. Men ligesom det er frugtbart at få øje på betydningen af køn eller etnicitet i forståelsen af, hvordan sundhed og sygdom opleves af mennesker, kan et fokus på alder gøre det samme, hvis man vel at mærke er opmærksom på de begrænsninger, dette blik kan indebære.

Tak til Katrine. Uden hende var denne artikel ikke blevet til noget.

Om forfatteren

Cand.cur. og ph.d. Bibi Hølge-Hazelton arbejder som sygeplejefaglig forskningsleder ved Sygehus Nord i Region Sjælland. Bibi Hølge-Hazelton er 49 år og har tidligere været tilknyttet Center for Ungdomsforskning, som lektor med speciale i ungdom, sundhed og professionsudvikling. Bibi Hølge-Hazelton er oprindeligt uddannet sygeplejerske og hun har bl.a. arbejde på Rigshospitalet, Finsen Institutet, Sankt Lukas Stiftelsens Hospice og Næstved Sygehus. Hun har skrevet ph.d. afhandling ved Roskilde Universitetscenter. Afhandlingen havde titlen: "Diabetes – en skole for livet" og fokuserede på unge med diabetes. Hun er endvidere associeret forskningslektor ved Forskningsenheden for Almen Praxis, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.

Noter

1) Artiklen bygger på litteratur om emnet og på empiriske refleksioner om unge voksne med kræft, eksemplificeret ved citater fra en række kvalitative interviews med en den samme unge kvinde: Katrine.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen 2007, hentet på: http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Planer_Indsatser/Kronisk_sygdom.aspx?lang=da
2. Cancerregisteret 2003 [Danish Cancer Register 2003] National Board of Health. Tilgængeligt online på: http://www.sst.dk/publ/tidsskrifter/nyetal/pdf/2005/09_05.pdf
3. Kræftens Bekæmpelse (2007). Kræft i tal: <http://www.cancer.dk/Alt+om+kraeft/fakta+om+kraeft/kraeft+i+tal/>
4. Haase J, Phillips C. 2004. The adolescent/young adult experience. *J Pediatr Oncol Nurs*; 21(3):145-149.
5. Aramaki M., Kawano K., Sasaki A., Ohno T., Tahara K., Kai S., Iwashita Y., Kitano S. 2005. Hepatocellular carcinoma in young adults. *Hepatology*. 52(66), 1795-7.
6. Christensen I. 2005. Fortællinger om cancer og eksistens i det unge voksenliv. MPH-afhandling. Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, Göteborg.
7. Bro S. 2004. Sara Bros Dagbog. People's Press
8. www.cancercharter.org
9. McGoldrick D, Neal C og Whiteson M. 2008. Advocacy and Adolescent/Young Adult Cancer Survivors. *Pediatr Blood Cancer*.;50:1109-1111
10. Riis Olsen P. (2009) Towards a theory of network-focused nursing. A grounded theory study of teenager and young adult cancer care. Ph.s. afhandling, Faculty of Health Studies, Århus Universitet.
11. Soliman H. Agresta S.V. 2008. Current Issues in Adolescent and Young Adult Cancer Survivorship. *Cancer Control*, Jan. Vol 15. no. 1 : 55-62
12. Bleyer A. et al 2008. The distinctive biology of cancer in adolescents and young adults. *Nature*, April, Vol. 8: 288-298
13. Hølge-Hazelton B. 2007. Unge med kræft – subjektive perspektiver på kræft i det unge voksenliv. *Klin. Sygepl.*; 21 (4): 5-11.
14. Woodgate R. 2005. A different way of being: adolescents' experiences with cancer. *Cancer Nurs*; 28(1):8-15.
15. Williams C. 1998. Mothers, young people and chronic illness: Meanings, management and gen-

dered identities. Ph.D.-thesis Surrey University, United Kingdom.

16. Grinyer A. (2007) The biographical impact of teenager and adolescent cancer. *Chronic Illness*, Vol. 3, No. 4, 265-277

17. Hølge-Hazelton B. (2007) Subjektive perspektiver på kræft i det unge voksenliv. *Klinisk Sygepleje* (04: 5-11)

18. Hølge-Hazelton B. (2001) Diabetes- en skole for livet. Ph.d. afhandling, Forskerskolen i Livslang Læring, Roskilde Universitetscenter.

19. Woodgate R. 2006. The importance of being there: perspectives on social support by adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23 (3):122-134

20. Taps E. 2007. Unge med kræft - yngre kræftoverleveres liv - rask eller syg? *Klinisk Sygepleje* (21); 4: 12-21

21. Vivar CG, McQueen A. 2005. Informational and emotional needs of long-term survivors of breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*. Sep;51(5):520-8.

22. Hawton K, van Heeringen K (eds). 2000. *The International Handbook of suicide and attempted suicide*. John Wiley & Sons. Ltd. London.

23. Alfano CM, Rowland JH. Recovery issues in cancer survivorship: a new challenge for supportive care. *Cancer J*. 2006 Sep-Oct;12(5):432-43

Websites:

<http://www.cancer.dk/Dallund/>

<http://drivkraften.mono.net/>

.....

 I artiklen introduceres en række af tankerne bag etableringen af det nye center for ungdomsmedicin ved Rigshospitalet. Hensigten med Ungdomsmedicinsk Videnscenter er kort sagt at skabe bedre forhold for unge patienter på danske hospitaler. Det skal ske ved at udvikle særlige arbejdsmetoder og ved at gøre det mere interessant for plejepersonalet at arbejde med unge patienter.

Ungdomsmedicin – et nyt tværfagligt område i Danmark

Af Kirsten A. Boisen, Charlotte Blix og Grete Teilmann

Ung og syg – men først og fremmest ung

Ungdomsmedicin er et relativt nyt felt i det danske sundhedsvæsen. Dette står i kontrast til mange af de lande, vi normalt sammenligner os med, hvor ungdomsmedicin er et etableret tværfagligt fagområde. Berettigelsen af det særlige fokus på de unge patienter er, at syge unge hverken skal behandles som små voksne eller som store børn – de er først og fremmest unge.

Selvom unge generelt betragtes som en rask befolkningsgruppe, viser internationale opgørelser, at ca. 10 % af alle unge lider af en kronisk sygdom (Suris 2008). De unge patienter er ramt af mange forskellige sygdomstyper (fx gigt, hjertesygdomme og lungesygdomme), men de har alligevel en række træk til fælles. Trods kronisk eller akut sygdom skal den unge udvikle identitet og selvværd, selvstændighed og uafhængighed

samt gradvist få øgede kompetencer til på et tidspunkt at kunne overtage ansvaret for sig selv og sin egen sundhed. Sygdom i ungdommen betyder afhængighed af forældrene i en tid, hvor det modsatte er målet, samt adskillelse fra kammerater, som socialt set er uvurderlige. Dertil kan komme midlertidige eller varige kropsændringer og angst for sygdommens udfald samt evt. indskrænket fysisk aktivitet i en livsfase, hvor sport og anden kropslig udfoldelse ofte fylder meget.

Sundhedspersonalets møde med unge patienter. Sundhedssystemet fokuserer oftest på behandling af selve sygdommen, mens andre væsentlige områder af den unges liv let bliver overset i en travl hverdag. At være (eller blive) syg i denne periode er en udfordring, som kræver særlig opmærksomhed og viden fra det sundhedsfaglige

personale. En ung patient udtaler: 'Jeg kan overleve de hvide vægge, maden, de skrigende unger, men jeg kan ikke overleve, at personalet ikke ved noget om unge!' Og en anden peger på betydningen af relationen til personalet: 'De gode sygeplejersker har humor og kan få én til at grine [...]'. De sætter sig ind i, hvem man er, og de respekterer, at man nogle gange ikke gider'.

Hospitalerne i Danmark er generelt opdelt i børne- og voksenafdelinger, hvilket afspejler sig i personalets uddannelse og fokus samt i den fysiske indretning af afdelingerne. På hospitalet hører man til på børneafdelingen, hvis man er under 15-16 år. Der er kun få steder i landet med særlige afsnit for unge med fysiske sygdomme, og de unge indlægges derfor spredt på både børne- og voksenafdelinger. Dette betyder, at man kan være den eneste unge i en afdeling og samtidigt kan den unge patient let falde mellem to stole: I børneafdelingen møder de en familiecentreret kultur med barnets udviklingstrin og specielle behov i centrum, men hvor den unges behov for øget selvstændighed ofte bliver overset. I voksenafdelingen er selvstændighed og autonomi det styrende i behandlingen, mens vækst, udvikling og inddragelse af familien kan blive negligeret.

Dette har i flere lande givet anledning til en særskilt sundhedsfaglig disciplin, ungdomsmedicin (English 1998), organisering af hospitaler med oprettelse af ungdomsafsnit (Viner 2007) samt udarbejdelse af retningslinjer for et ungdomsvenligt sundhedsvæsen (Department of Health 2007), herunder en smidig overgang fra pædiatrien til behandling i voksenregi – såkaldt transition (American academy of pediatrics 2002) (Kennedy 2008).

Kronisk syge unge

Unge med medfødte eller tidligt opståede kroniske sygdomme kræver ofte livslang behandling og kontrol. De unge kender hospitalsmiljøet, og de og deres forældre kender ofte flere behand-

lere, som har fulgt dem, fra de var små. Det er på mange måder trygt, men det kan også være vanskeligt, at 'få lov' til at løsrive sig og få den nødvendige støtte i forhold til at opnå selvstændighed og overtage ansvaret for hverdag og behandling.

For unge sker der således et skift i ansvar. I barndomsårene og de tidlige ungdomsår er det oftest forældrenes ansvar at passe behandlingen, mens den unge i løbet af ungdomsårene gradvist skal overtage ansvaret og indarbejde behandlingsrutiner i takt med sin øgede modenhed. Dette kræver viden og forståelse for den unges bio-psyko-sociale udvikling blandt det sundhedsfaglige personale, alderstilpasset kommunikation og fokuseret information til den unge samt en særlig opmærksomhed på den unge patients og familiens livsvilkår. Dertil kommer egentlige støttende psykosociale tiltag samt forskellige former for egen- eller familierapi. Disse tiltag kan øge den unges lyst og evne til at passe på sig selv, skønt adherence også for kronisk syge voksne kan være vanskelig.

Unge med alvorlig akut sygdom og følger efter ulykker

Af alvorlige og livstruende sygdomme i ungdomsårene er kræft den hyppigste. Når kræft rammer unge, betyder det en voldsom omvæltning fra den ene dag til den anden. Fra at være 'almindelig' ung, skal de unge patienter forholde sig til i lang tid at være 'bundet' til et fremmed miljø isoleret fra venner, skolen og fritidsaktiviteter. De bliver igen afhængige af forældrene og skal pludselig forholde sig til kropsforandringer forbundet enten med sygdommen eller behandlingen og i sidste ende døden.

Også unge, der er ude for alvorlige ulykker, rammes af tilsvarende udfordringer. Ifølge Danmarks Statistik skyldes 2/3 af dødsfald blandt unge mellem 15 og 24 år ulykker, selvmord og andre ydre årsager. Årsagerne til ulykker kan være mange, men en stor del er forårsaget af risikabel

eksperimenterende adfærd – og er derfor i princippet mulige at forebygge. En forebyggende indsats, baseret på en aktiv og fokuseret afdækning af den unges ressourcer og psykosociale belastninger (herunder anden risikabel adfærd) er derfor en vigtig funktion ved siden af den rent somatiske behandling.

Unge med lettere sygdomme og psykosociale problemstillinger

Udover de unge, som vi møder i hospitalsvæsenet, ses mange unge patienter i primærsektoren og i det sociale system. Foruden egentlige sygdomme (herunder forstyrrelser i vækst og pubertet) ses mange unge med alvorligere psykosociale belastninger, selvskadende adfærd, spiseforstyrrelser og eksperimenterende risikoadfærd.

Ungdomsmedicinsk Videnscenter

Ungdomsmedicinsk Videnscenter åbnede den 1. december 2008 på Rigshospitalet som et treårigt fondsfinansieret projekt. Vores vision er at skabe bedre forhold for unge med kroniske og alvorlige sygdomme og gøre dem til aktive medspillere i deres behandling. Videnscentret bemannes af et tværfagligt team, bestående af læge, sygeplejerske, socialrådgiver, psykolog og pædagog.

Projektets mål er at støtte de unge patienter, at udvikle tværfaglige ungdomsmedicinske arbejdsmetoder, at gøre det sjovere og mere spændende for det sundhedsfaglige personale at pleje og behandle unge patienter samt at indsamle og formidle viden om unge med kroniske og alvorlige sygdomme.

Unge tager aktivt del i Videnscentrets arbejde

Vi har eksempelvis etableret et Ungepanel, som består af 15 unge med alvorlige eller kroniske lidelser og fem unge fra almennyttige ungdomsorganisationer. Ungepanelet deltager med refleksioner og ideer og spiller en aktiv rolle i projektplanlægningen. De unge patienter inddrages

ved hjælp af spørgeskemaundersøgelser, individuelle samtaler og fokusgruppeinterviews.

Projekter i Ungdomsmedicinsk Videnscenter

Projekterne i Ungdomsmedicinsk Videnscenter retter sig dels mod de unge, dels mod personalet, og hertil kommer, at forskning og formidling indgår som en vigtig del af centerets aktiviteter.

Tiltag over for de unge

For at de unge patienter skal trives bedst muligt til trods for deres sygdom, laver vi aktiviteter for og med dem. Vi møder de unge, enten ved at de selv henvender sig, eller fordi de henvises af personalet. Unge har i forskellige sammenhænge efterspurgt et fællesrum for unge patienter på Rigshospitalet, både for at kunne slappe af, men også for at kunne møde andre unge patienter. Derfor er 'Ungecaféen Hr. Berg' vores flagskib.

Café Hr. Berg er åben alle hverdage, hvor den ledes og bemannes af teamets pædagog og socialrådgiver. I samarbejde med Ungdommens Røde Kors har vi rekrutteret og uddannet et hold af 20 unge frivillige, som på skift driver caféen om aftenen. De unge kan spille spil – gammeldags eller på PC, PlayStation eller Nintendo, se film, tegne og male, deltage i aktiviteter med inviterede gæster, 'hænge ud' og ikke mindst møde andre unge i samme situation som dem selv. Der kommer dagligt mellem to og 20 unge brugere i caféen. Som en del af Café Hr. Berg er der oprettet en gruppe på Facebook, hvor de unge kan følge med i aktiviteter i caféen og vedligeholde kontakter, når de ikke er på Rigshospitalet. Gruppen har aktuelt knap 100 aktive brugere.

Derudover tilbyder vi individuelle forløb efter visitation med fokus på socialpædagogisk relationsarbejde og psykosociale tiltag. Den socialpædagogiske indsats har til formål at styrke de unges selvværd, selvtillid og udvikling af hensigtsmæssige mestringsstrategier. Indsatsen

foregår med udgangspunkt i aktiviteter, der udvikles i samarbejde med den unge. Vi har afholdt et gruppeforløb med unge med cystisk fibrose og planlægger flere mhp. at undersøge, hvorvidt grupper kan medvirke til at styrke de unges empowerment. Endvidere planlægger vi 'Åben socialrådgivning' for unge.

Det ungdomsvenlige hospital og transition

Der findes internationale retningslinier for 'Det ungdomsvenlige hospital/sundhedstilbud' (Department of Health 2007), og i teamet arbejdes der på at udvikle og implementere disse retningslinier i en dansk kontekst. Det ungdomsvenlige tilbud omfatter mere end blot den fysiske indretning – blandt andet er tilgængelighed, personaletræning og overordnet tilgang til unge patienter vigtige elementer. Hertil kommer kommunikation på de unges præmisser samt varetagelse af psykosociale og forebyggelsesmæssige behov hos unge patienter, herunder deres seksuelle og psykiske sundhed.

Flere internationale undersøgelser peger på, at overgangen fra børneafdelingen til voksenafdelingens ambulatorier kan opleves som brat og uden den fornødne kontinuitet. Transition beskriver en planlagt systematisk proces, hvor den unge, forældrene og personalet fra de relevante børne- og voksenafdelinger arbejder sammen om at forberede den unge (og forældrene) til (og lette) overgangen til voksenafdelingen. I Ungdomsmedicinsk Videnscenter arbejder vi med at udvikle og implementere forskellige modeller for transition i tæt samarbejde med det relevante personale for at sikre en målrettet indsats og et lokalt ejerskab.

Tiltag for sundhedsprofessionelle

Et delmål for projektet er som nævnt at gøre det sjovere og mere spændende for personalet at pleje og behandle unge patienter. Foruden samarbejdet om ungdomsvenlige ambulatorier og transitionsforløb tilbyder vi et fast månedligt kommunikationskursus samt en kvartalsvis in-

troducerende foredragsrække om den unge patient. Hertil kommer skræddersyede tilbud til klinikkerne på Rigshospitalet og eksternt. Endelig tilbyder vi kortere rådgivning, tværfaglige ungdomsmedicinske konferencer samt egentlig supervision vedrørende sværere ungdomsmedicinske problemstillinger.

I februar 2010 afholdt vi en meget velbesøgt tværfaglig konference. Det var første gang, der i Danmark blev afholdt en konference med fokus på ungdomsmedicin. Ét af formålene med konferencen var at skabe et tværfagligt netværk for professionelle, som arbejder med unge patienter. Vi planlægger en lignende konference i efteråret 2011 og udbygger løbende det faglige netværk.

Konklusion

Ungdomsmedicin er en tværfaglig disciplin i mange af de lande, vi normalt sammenligner os med. Enten som et egentligt medicinsk speciale eller som et etableret tværfagligt interessefelt. Ungdomsmedicinsk Videnscenter på Rigshospitalet er et fondsfinansieret initiativ, og centret arbejder for at bedre forholdene for de unge patienter og gøre det sjovere og mere spændende for personalet at arbejde med denne særlige patientgruppe. I løbet af den treårige projektperiode, som udløber ved udgangen af 2011, udvikles og implementeres ungdomsmedicinske metoder i en dansk kontekst, ligesom der til stadighed indsamles og formidles viden om unge patienter.

Taksigelse

Ungdomsmedicinsk Videnscenter er finansieret af Egmont Fonden. Andre fonde og velgørende organisationer, privatpersoner samt Rigshospitalets ledelse støtter ligeledes centrets aktiviteter og udvikling, hvilket vi er dybt taknemmelige for.

Om forfatterne

Kirsten Boisen er speciallæge i pædiatri og arbejder halv tid i Ungdomsmedicinsk Videnscenter og resten af tiden på Pædiatrisk Klinik, Gentofte hospital.

Grete Teilmann er 1. reservelæge, ph.d. Hun forventer at blive færdig som speciallæge i børnesygdomme september 2010. Hun arbejder halv tid i Ungdomsmedicinsk Videnscenter og resten af tiden på Pædiatrisk Klinik, Gentofte Hospital. Grete Teilmann har skrevet en ph.d afhandling om pubertetsudvikling hos adopterede piger og har arbejdet med ungdomsmedicin gennem de seneste fem år.

Charlotte Blix er programleder for Ungdomsmedicinsk Videnscenter og leder af BørneUngeProgrammet, MPA. Charlotte Blix er uddannet sygeplejerske og har siden 1995 været leder af Rigshospitalets BørneUngeProgram. I 1995 gennemførte hun sammen med pædagog Charlotte Thomsen en spørgeundersøgelse, hvor de unge selv og personalet bidrog med deres viden. Denne undersøgelse er baggrund for etablering af Ungdomsmedicinsk Videnscenter, som Egmont Fonden finansierer i en 3 årig projektperiode fra december 2008.

Litteraturliste

American Academy of Pediatrics, American Academy of family physicians, American college of physicians-American society of internal medicine. *A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs*. Pediatrics 2002;110:1304-6.

Department of Health. *You 're Welcome quality criteria. Making health services young people friendly*. London: 2007.

English A, Kapphahn C, Perkins J, Wibbelsman C.J. *Meeting the health care needs of adolescents in managed care*. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. Journal of Adolescent Health 1998;22:271-7.

Kennedy A, Sawyer S. *Transition from pediatric to adult services: are we getting it right?* Current Opinion of Pediatrics 2008;20:403-9.

Suris JC, Michaud PA, Akre C, Sawyer SM. *Health risk behaviors in adolescents with chronic conditions*. Pediatrics 2008;122:e1113-e1118.

Viner RM. *Do adolescent inpatient wards make a difference?* Findings from a national young patient survey. Pediatrics 2007;120:749-55.

Medierne har den seneste tid været fyldt med historier om, at unge med anden etnisk baggrund end dansk klarer sig bedre uddannelsesmæssigt og økonomisk end unge med etnisk dansk baggrund. Men som Flemming Mikkelsen viser i sin analyse af social mobilitet blandt unge med etnisk minoritetsbaggrund, er der tale om udvikling, der reelt har været længe undervejs, og som repræsenterer en målrettet fokusering på uddannelse som et middel til at opnå social mobilitet. I den forstand er der tale om en succeshistorie, der bryder med mange af vores stereotype billeder af etniske minoritetsunge.

Social **mobilitet** og **uddannelse** blandt **etniske** minoritets**unge**

Af *Flemming Mikkelsen*

For at forstå hvad der foregår blandt etniske minoritetsunge i dag, bliver man nødt til at gå tilbage i historien. Det har vi gjort i bogen *I Danmark Er Jeg Født – Etniske minoritetsunge i bevægelse*, som er skrevet af Flemming Mikkelsen, Malene Fenger-Grøndahl & Tallat Shakoor. Afslutningen på en tidligere rapport fra Center for Ungdomsforskning Tryghed blandt unge nydanskere (Shakoor & Riis 2007), gav idéen til at se nærmere på unge med anden etnisk baggrund end dansk, som klarer sig godt i uddannelsessystemet og i arbejdslivet. Der er med andre ord ikke tale om et generelt billede af etniske minoritetsunge. Derimod hævder vi i bogen og i denne artikel, at de tendenser vi peger på gør sig

gældende for flertallets vedkommende – nemlig, at de unge klarer sig godt i uddannelsessystemet, og at det skal ses som en strategi for opadgående social mobilitet, der begyndte, da deres forældre valgte at udvandre.

Det empiriske materiale

Bogen baserer sig på et stort empirisk materiale: 55 biografiske interview med unge i aldersgruppen 17-30 år hvis forældre er indvandret eller flygtet til Danmark. Desuden indgår i undersøgelsen interview med både yngre og ældre indvandrere og danskere, som er en del af eller kender til de forskellige indvandremiljøer. Endelig har vi gjort brug af adskillige kvantitative in-

interviewdatabaser, hvad der sætter os i stand at vurdere hvor repræsentative interviewudsagnene er. I bogen fokuserer vi på en lang række aspekter og livserfaringer som er af betydning for de unge. Det drejer sig om barndommen, skolegangen, ungdomsuddannelserne, arbejde og karriere, familieliv, parforhold og ægteskab, kulturaktiviteter, sportsudøvelse, religiøse aspekter og holdninger, ungdomsforeninger afsluttende med de unges engagement i politik. I denne artikel retter vi hovedsagelig opmærksomheden mod de unges vej gennem uddannelsessystemet og deres indtræden på arbejdsmarkedet.

Men nu tilbage til Historien og til familien; for det viser sig nemlig, at ønsker man virkelig at forstå hvad som driver de unge, skal man vide noget om deres familiebaggrund og ikke mindst, hvad som fik deres forældre til at udvandre og siden indvandre til Danmark.

Veje og omveje til Danmark

De tidligst ankomne indvandrere var for de flestes vedkommende udvandret fra Tyrkiet og Pakistan; og skønt nogle enkelte var taget af sted for at prøve lykken i det fremmede og af ren eventyrlyst, var langt de fleste arbejdsmigranter udvandret af økonomiske grunde. Fattigdom og manglende udsigter til at kunne forbedre familiens økonomi fik i hundredtusindvis af fattige landarbejdere, småbønder, ufaglærte arbejdere, mindre selvstændige men også folk fra en mere eller mindre forarmet middelklasse fra lande som Tyrkiet, Pakistan, Jugoslavien og Nordafrika til at søge mod Central- og Vesteuropa i 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne, da der stadigvæk var behov for arbejdskraft i den ekspanderende europæiske industri. Meget få af disse arbejdsmigranter havde fra begyndelsen af Danmark som mål. De fleste søgte mod Tyskland, England og Frankrig, men som konjunkturerne udviklede sig og arbejdsmarkedene snævrede ind eller ekspanderede endt en mindre del af migranterne i Danmark. Nogle havde

hørt om Danmark fra bekendte og arbejdskammerater, mens de fleste var helt uvidende om forholdene i Danmark. De så muligheden for nogle måneders eller nogle få års hårdt arbejde før de igen vendte tilbage til et af de større europæiske lande eller til deres hjemland. Og det var der mange som gjorde (denne gruppe af arbejdsmigranter ved vi meget lidt om, eftersom de sjældent har efterladt sig dokumentation), men der var også mange som med tiden besluttede sig for at tage permanent ophold i Danmark og hente familien til landet.

Efter arbejdsmigranterne fulgte de politiske flygtninge. Krig, undertrykkelse og forfølgelse rundt om i verden fik mange fra Vietnam, Iran, Irak, Somalia og Eksjugoslavien til at søge mod USA og Europa. Igen må vi konstatere, at det som ofte var tilfældighederne der gjorde, at de endte i Danmark. Stabiliseredes forholdene i hjemlandet, var man ikke sen til at søge tilbage, men det skete dog alt for sjældent, hvorfor man, som i tilfældet med arbejdsmigranterne, ansøgte om at få familiemedlemmer til landet. Fælles for arbejdsmigranterne og flygtningene var, at de ikke kunne se nogen fremtid i deres hjemland og derfor søgte andre muligheder i andre lande hvor forholdene økonomisk, politisk og socialt var bedre. Den endelige beslutning om ikke at tage tilbage (når der ses bort fra de tilfælde hvor det slet ikke var muligt) kom, når børnene voksede op, fik danske venner og gik i danske skoler.

At etablere sig og vokse op i Danmark

Vor viden om hvad som drev og motiverede forældrene til at rejse bort eller flygte har vi fra deres børn, nu unge mennesker, som vi interviewede i 2009. De samme unge mennesker fortalte også om forældrenes første år i Danmark, hvordan man etablerede sig, og hvordan det var at vokse op som dreng og pige med indvandrerbaggrund.

Forældrene søgte sammen med andre indvandrere i samme position som dem selv, så de på den måde kunne støtte hinanden socialt, kulturelt og økonomisk. Og så arbejdede de i en grad, som kun de færreste danskere i dag kan forstå. De arbejdede fra morgen til aften og i mange tilfælde også om natten. De boede i meget små lejligheder og var lejlighederne større var der ofte mange familier samlet. En af vores informanter fortæller således:

"Jeg tror aldrig, at jeg har tænkt over det, at vi bør klemte. Overhovedet. Sådan var det bare. Mange af de folk, vi besøgte, de boede også småt. De boede også på 60-70 kvadratmeter til leje. Der var næsten ikke nogen, der ejede noget. Det var meget sjældent, at vi så folk, der boede i store lejligheder, men så var de så mange".

Især de tyrkiske indvandreres børn beretter, at de og deres forældre tilbragte megen tid sammen med andre tyrkiske familier "især i de gamle dage".

"Da besøgte familierne meget hinanden. Fordi de havde meget til fælles. De var meget afhængige af hinanden på det tidspunkt. Nyt land, ny kultur, nyt sprog, der var rigtigt meget at kæmpe med. Men i dag, da har familierne vokset så meget, at de har børn og børnebørn, og de har travlt. Der er ikke lige så meget tid, som man havde dengang. Ind imellem besøger vi også familier, men det er primært sin egen familie, fordi man er blevet så stor efterhånden".

Kort sagt, hårdt og oftest fysisk belastende arbejde, dårlige boligforhold, ikke megen komfort og trange økonomiske kår var, hvad indvandlerne bød sig og som mange børn med indvandrerbaggrund voksede op med – men børnene elskede det. Børnene var udmærket klar over, at

de ikke havde de samme materielle goder, som deres danske kammerater, men det ser ikke ud til at have påvirket dem nævneværdigt; hvad der betød noget for dem var, at der var andre børn man kunne lege med:

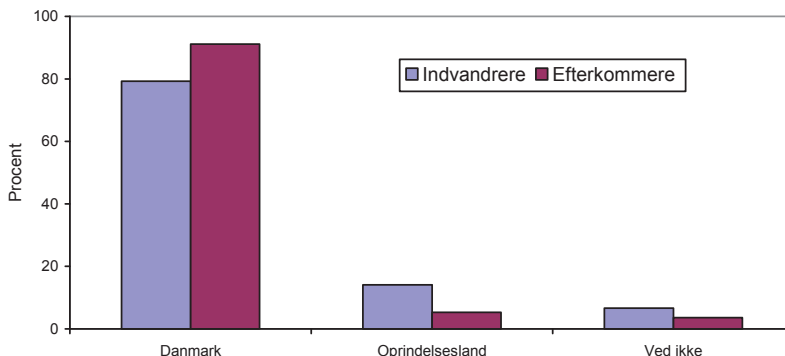
"Jeg kan huske, at vi var kun fem tyrkiske familier, men der var simpelthen 10 eller 15 makedonske og bosniske familier, som jo også bare var en del af os, for vi voksede op sammen, og vi var alle sammen sådan jævnaldrende. Jeg havde mine to storesøstre, og de havde en masse ... der var simpelthen fest og farver hver dag. Alle de her børn i de her lejligheder, og den legeplads, der var lige foran, og det var simpelthen det bedste sted på jorden. Du ville ikke drømme om at flytte andre steder hen som barn, fordi der var ... sommetider var der 40-50 børn, der bare råbte og skreg og legede på den legeplads. Vi spillede fodbold og diverse stenlege. Alle havde det sjovt, og alle boede i de der små lejligheder deroppe".

Er det et skønsmaleri af forholdene i Danmark? Det tror vi ikke. For det første er overordnede citat ikke en enlig svale, men dækker over mange af de udtalelser vor informanter er kommet med, og for det andet giver de unge udtryk for, at familierne langsomt men sikkert fik det økonomisk bedre og flyttede til større og mere komfortable lejligheder (set med voksne øjne) eller de investerede i ejerlejligheder og huse. En anden måde at udtrykke denne fremgang på er begrebet social mobilitet. Og skønt vi ikke har data, som direkte kan bekræfte, at indvandlerne inklusive flygtninge oplevede en opadgående social mobilitet, kan vi indirekte danne os et indtryk, som det vil blive forsøgt i næste afsnit.

Indvandring og social mobilitet

En omfattende statistiske undersøgelse udført af den borgerlige tænketank CEPOS i 2007 kan

Figur 1: Er livet bedre for dig i Danmark end i dit oprindelsesland?



Kilde: CEPOS Notat 21.03.09.

Base: 1227 indvandrere og 470 efterkommere.

Note: Efterkommere og indvandrere er blevet stillet to forskellige spørgsmål. Indvandrerne er blevet spurgt "Hvor mener du, at det er bedst at leve for dig? Er det bedst at leve, som du gør i Danmark eller ville du efter din vurdering have haft et bedre liv i dit oprindelsesland?". Efterkommere er blevet spurgt "Hvor mener du, at det er bedst at leve for dig? Er det bedst at leve, som du gør i Danmark, eller ville du efter din vurdering have haft et bedre liv i dine forældres oprindelsesland?".

således bekræfte, at følelsen af fremgang og et bedre liv i Danmark er udbredt blandt de fleste indvandrere. CEPOS spurgte 1227 indvandrere og 470 efterkommere fra Tyrkiet, Eksjugoslavien, Iran, Irak, Pakistan, Palæstina, Marokko og Somalia, om de mener, at livet er bedre i Danmark end i oprindelseslandet. Resultatet er vist i figur 1.

Figuren viser, at de adspurgte indvandrere og efterkommere i overvældende grad giver udtryk for, at livet er bedre i Danmark end i oprindelseslandet. Spørges der nærmere til, hvad det er, der gør Danmark til et godt land at leve i, er det primært den økonomiske situation efterfulgt af de politiske forhold og respekten for ytringsfriheden, som de lægger vægt på. Således mener 74,8 % af indvandrerne og 81,5 % af efterkommerne, at deres økonomiske situation ville have været ringere i oprindelseslandet end i Danmark. Forskellen mellem indvandrere og efterkommere bunder givetvis i, at efterkommerne er vokset op i Danmark og har tilegnet sig danske omgangsformer, værdier, normer samt vænnet sig til en

materiel standard og et velfærdssystem, som er en del bedre end i oprindelseslandet.

En af vore informanter, en ung kvinde på 21 år med tyrkisk baggrund, svarer, da hun bliver spurgt om sine fremtidsudsigter, at hun gerne vil bruge sin uddannelse i Danmark og samtidig engagere sig i diverse samfundsforhold:

"[Det er] fordi jeg føler, Danmark er det bedste land at leve i, det land, der giver en frihed, også fordi jeg har et andet land at sammenligne med, Tyrkiet, og der er der mange ting, man ikke kan, og det er også derfor, man værdsætter rigtig mange ting her i Danmark. Jeg tror, det er det, der giver mig sådan et skub, og det gør, altså nu jeg ved, jeg har mulighed, så hvorfor ikke udnytte den".

Typisk er forældre og børn enige om, at migrationen til Danmark har åbnet for nye muligheder, som forældrene kun til en vis grad har kunnet udnytte, idet deres manglende dansk kundskaber

og ofte lave uddannelsesniveau har udgjort en vis barriere for social opstigning. Det har for dem primært været rejsen til Danmark og viljen til at arbejde hårdt, der har resulteret i social opstigning. For de unge derimod er det især mulighederne i det danske uddannelsessystem, som både af dem selv og deres forældre bliver set som porten til yderligere social opstigning.

Ingen forskel

Inddrager man danskerne i undersøgelsen og spørger til, om de er tilfredse eller utilfredse med samfundssituationen i Danmark, er der ingen nævneværdig forskel mellem indvandrere, efterkommere og danskere. De er alle ganske godt tilfredse. Det er således en myte, som det siges i CEPOS-notatet, at "der skulle være en dyb og rodfæstet utilfredshed med det danske samfund blandt indvandrere fra muslimske lande".

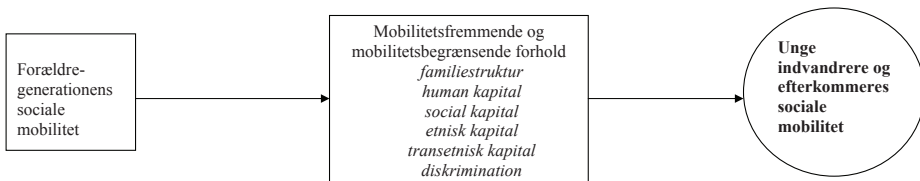
Det bør dog bemærkes, at de positive svar, der refereres her, ikke udelukker, at indvandrere og flygtninge også kan opleve diskrimination og marginalisering, og at der blandt nogle unge kan være en stærk bevidsthed om, at deres tilstedeværelse i det danske samfund er til konstant debat. Ved at henvise til en international undersøgelse gør CEPOS-notatet det imidlertid klart, at muslimske indvandrere i Danmark er mere tilfredse med samfundsforholdene end indvan-

drere i mange andre vestlige lande. Man står derfor tilbage med et klart indtryk af, at indvandrere og efterkommere i Danmark er overordentlig tilfredse med samfundsforholdene, og at indvandringen og opvæksten i Danmark har forbedret deres levevilkår og dermed skabt en betydelig grad af opadgående mobilitet.

Det er vor påstand, som vi søger at underbygge i bogen I Danmark Er Jeg Født ... og i denne artikel, at forældregenerationens faktiske og oplevede opadgående sociale mobilitet forplanter sig til børnene, som både påvirkes af forældrenes ambitioner og deres egne ønsker om at klare sig bedre end forældrene. Det sidste aspekt bundet i, at de unge udmærket er klar over, hvor hårdt forældrene har måttet arbejde og hvilke afsavn de har lidt. Ikke mindst bliver det tydeligt i disse år, hvor flere og flere ældre indvandrere plages af arbejdsrelaterede sygdomme og må gå på førtidspension.

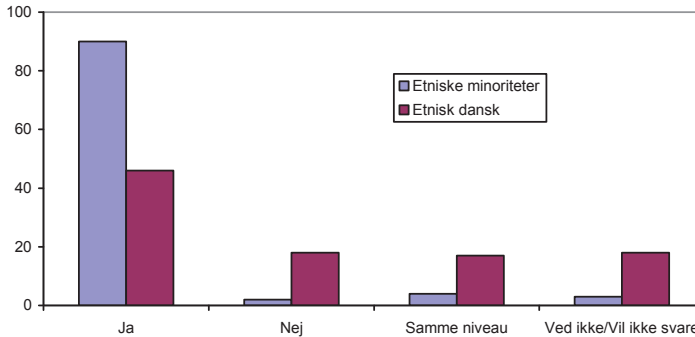
Faktorer bag succes i uddannelsessystemet

I nedenstående figur 2, har vi søgt at samle nogle af de faktorer, der har betydning for om unge med indvandrerbaggrund klarer sig godt i uddannelsessystemet og ved indgangen til arbejdsmarkedet. Modellen er bestemt ikke udtømmende men medtager de faktorer, som vi har lagt vægt på i vor undersøgelse.



Figur 2: Migration og social mobilitet – unge indvandrere og efterkommere

Figur 3: Indvandrerforældres og danske forældres forventninger til børnenes uddannelsesniveau (%)



Kilde: IntegrationsStatus, 2. halvår 2008; Catinét bus.

Base: Indvandrere og danskere med børn under 18 år (433 etniske minoriteter og 378 danskere).

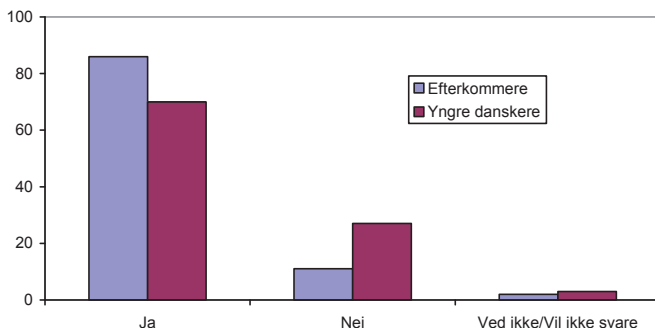
Spørgsmålet lød: "Forventer du at dine børn får en bedre uddannelse end dig selv?"

Modellen siger først og fremmest, at unge indvandreres og efterkommeres sociale mobilitet skal ses i sammenhæng med og som en direkte forlængelse af forældregenerationens sociale fremgang. Derfor indtager familiens holdninger og faktiske muligheder for at støtte de unge i deres uddannelsesforløb en central rolle. Erhvervelsen af kundskaber og viden, dvs. human kapital, anses af mange forskere som en forudsætning for at begå sig i dagens videnssamfund, ligesom at man er blevet mere opmærksom på, at social kapital i form af sociale kontakter og netværksrelationer også har stor betydning for hvordan man klarer sig i samfundet. Nært beslægtet med social kapital er begrebet etnisk kapital, der refererer til de tætte kontakter og dermed forbundne udveksling af information, som præger de etno-nationale grupper, og nogle gange spredes sig fra en etnisk minoritet til den anden, i hvilken forbindelse vi kan tale om transetnisk kapital. Vi kommer heller ikke uden om at diskutere i hvor høj grad diskrimination forekommer og hvad det betyder for de unge. Vi begynder med de holdninger og aktiviteter der folder sig ud inden for familiens rammer.

Forældrenes håb og forventninger til børnenes skolegang og uddannelsesforløb

Der er blandt vores informanter flere eksempler på at forældre, som selv har en mellemlang eller lang uddannelse bag sig lægger vægt på at deres børn også skal have en længerevarende uddannelse – det kan ikke siges at komme bag på os. Derimod er det mere overraskende, at langt de fleste forældre med ingen eller kun ringe uddannelse ligeledes er meget opsatte på, at uddannelse er vejen frem. Tag fx Nagieb, der er vokset op med en helt klar bevidsthed om sine forældres, især sin fars, høje ambitioner på sine børns vegne. Faren var kommet til Danmark som gæstearbejder fra Afghanistan i slutningen af 1960'erne og blev senere familiesammenført med Nagiebs mor. Ingen af dem havde nogen formel uddannelse med sig, men drømte om, at deres børn kunne realisere det, de ikke selv havde haft mulighed for, og drømmen er gået i opfyldelse: Nagiebs storebror er ingeniør, storesøsteren tandlæge, lillebroren studerer på handels-højskolen, og lillesøsteren går i gymnasiet. For alle fem børn har det været en selvfølge, at de skulle tage en videregående uddannelse, og de vidste også, at ikke alle uddannelser var lige meget værd i forældrenes øjne, forklarer Nagieb:

Figur 4: Har forældrene opfordret dig til at tage en uddannelse?
(efterkommere og yngre danskere i %)



Kilde: IntegrationsStatus 2. halvår 2008.

Base: Efterkommere 162 respondenter, danskere 232 respondenter.

"Vi blev jo pisket til det. Det var simpelt-hen ikke en mulighed, at vi ikke skulle have en uddannelse. Min far ville gerne have, at jeg skulle være advokat, læge eller ingeniør. I Afghanistan siger man Ingeniør Sahib eller Doktor Sahib, og min fars drøm var, at mine brødre og jeg ville få titler, som folk ville bruge som vores navn. Når mine søskende og jeg kom hjem fra skole, lavede vi vores lektier som det første. Det skulle vi, så kunne vi slappe af senere. På den måde var det et bemærkelsesværdigt stykke arbejde, mine forældre udførte" (Mygind 2009).

Nogle forældre 'truede' ifølge vores informanter ligefrem deres børn med, at hvis de ikke klarede sig godt i skolen og ikke fik en uddannelse, "så må du bare få dig et fuldtidsjob, så kan du bare arbejde", som de selv havde måttet gøre. At forældrene har kunnet bruge deres eget hårde arbejdsliv som et afskrækkende eksempel til at motivere børnene til at tage en uddannelse, er der næppe tvivl om. Det udelukker dog ikke, at de unge har oplevet stor opbakning fra deres forældre. At det ikke kun gælder for vores informanter, men er meget udbredt blandt indvan-

drerfamilier, får man et klart indtryk af ved at se på figur 3, hvor indvandrerforældre og danske forældre med børn under 18 år er blevet spurgt, om de forventer, at deres børn får en bedre uddannelse end dem selv.

Forskellen mellem indvandrerforældre og danske forældre er slående. Hele 90 % af forældre med indvandrerbaggrund forventer, at deres børn får en bedre uddannelse end dem selv sammenlignet med 45 % blandt danskerne. En del af forskellen beror givetvis på, at danske forældre har en højere uddannelse, og for mange af dem vil det derfor ikke give mening at tale om, at deres børn kan opnå et højere uddannelsesniveau end dem selv. Der er da også hele 17 %, som svarer, at de forventer deres børn vil få en uddannelse på samme niveau som dem selv, mod kun 4 % blandt indvandrerne. Skifter vi fokus fra forældrene til børnene og spørger andengenerationsindvandrerne og gruppen af yngre danskere mellem 15-29 år, om deres forældre har opfordret dem til at tage en uddannelse, svarer henholdsvis 86 % og 70 % bekræftende, mens 11 % og 27 % svarer nej, hvilket fremgår af figur 4.

Ikke blot lægger indvandrerforældrene overordentlig megen vægt på, at deres børn får sig en

uddannelse; de overgår også klart danske forældre i deres optagethed af uddannelse som en farbar vej til opadgående mobilitet. Det skal tilføjes, at indvandrerforældre, hvad det angår, ikke gør nogen forskel på sønner og døtre.

De negative sider

Den megen opmærksomhed på uddannelse kan, som vi har berørt ovenfor, også have negative sider. Flere af vores informanter har som nævnt givet udtryk for, at de til tider følte sig presset af deres forældre til hele tiden at yde deres bedste – eller yde over evne – og forældrenes forventninger har tydeligvis stresset nogle af dem. Eksempelvis Fariha, der led under, at moderen hele tiden sammenlignede hendes skolepræstationer med storesøsterens og altid påtalte hendes manglende skoleindsats i andre familiers påhør på trods af, at hun var en af de bedste i sin klasse. Presset på børnene kunne også føre til, at de helt gav op, fordi de følte, at de alligevel aldrig ville kunne indfri forældrenes ambitioner.

Ikke alene var forældrenes ambitioner store, men vi hører også igen og igen, om hvordan de søgte at tilrettelægge hverdagen, så børnene fik det optimale ud af deres lektielæsning. Som tidligere bemærket afsatte forældrene ofte tid af til fælles lektielæsning for børnene så de kunne hjælpe hinanden (selvfølgelig under forudsætning af at der var flere søskende i familien, hvad der ofte var, da indvandrerfamilierne på dette tidspunkt som regel var en del større end danske familier. Det var således ikke unormalt med 3-6 søskende), og var mulighederne til stede, søgte man også at indrette hjemmet så der blev plads til lektielæsningen, eller som en af vor informanter pointerede, "så var der ikke noget med at sidde på gulvet og lave lektier med en knækket blyant". Men her bliver det også tydeligt, hvad som skiller unge med indvandrerbaggrund ud fra danske unge. Sidstnævnte har i kraft af forældrenes bedre økonomi langt bedre faciliteter i form af eget værelse, computer og eget skrivebord.

Manglende kulturel ballast

Mange af vores informanter kan også berette om hjem uden ret mange bøger, og især i gymnasiet og på de videregående uddannelser har de følt, at de har manglet en kulturel ballast, som deres danske medstuderende har haft i kraft af deres opvækst i middelklassehjem, hvor børnene blev introduceret til både film, litteratur, historie, mm. ud fra en dansk vinkel og selvforståelse. En survey udført af Catinét 2. halvår 2009 viser da også, at 73 % af de unge danskere svarede bekræftende på, at deres forældre kunne hjælpe dem med lektierne, mens det kun drejede sig om 54 % for de unge med indvandrerbaggrund. I den forbindelse spiller det afgørende ind, at uddannelsesniveaet i danske familier ligger en del højere sammenlignet med indvandrerforældre.

Forældrene og forholdene i hjemmet var dog ikke det eneste som betød noget for om de unge klarede sig godt i skolen og gymnasiet. I næste afsnit kommer vi med eksempler på nogle af de problemer de unge selv peger på, og hvordan de overvandt dem.

Problemer og muligheder i skolen og gymnasiet

Det er sjældent at en hel skolegang forløber uden problemer, og i vort interviewmateriale er der da også en del, som på et eller andet tidspunkt er kommet på kant med skolen og har overvejet helt at droppe ud; især unge med flygtningebaggrund ser ud til at løbe ind i vanskeligheder, ikke mindst fordi nogle af dem først kom til Danmark i en lidt sen alder (som eksempelvis mellem 7-10 år) og derfor begyndte i skolen noget senere.

I langt de fleste tilfælde løste de unge problemerne selv. De besluttede efter nogen tid – og selvfølgelig under et vist pres fra omgivelserne – "at tage sig sammen". De skiftede kammerater ud, kom evt. over i en ny klasse, opdagede at der er noget de var gode til, og langsomt men sikkert styrkedes deres forhold til skolen. At de unge

løste problemerne selv er måske lidt af en tilsnigelse. For i ikke så få tilfælde siger de unge selv, at de ikke vil stå tilbage for en storbror eller storsøster, der har klaret sig godt i skolen eller de peger på, at deres far på et eller andet tidspunkt har grebet ind med stuearrest og skrappe foranstaltninger, hvis de ikke artede sig. Over for faderens direkte indgriben ses moderens mere indirekte formaninger og (især over for datteren) henvisning til sit eget hårde liv som følge af manglende uddannelse. De unge beretter også i flere tilfælde om en skolelærer, studievejleder eller eksempelvis idrætstræner i den lokale klub, som den person, der stolede på dem og fik dem på rette køl igen. Det er i det hele taget symptomatisk, at personer uden for familien til tider øvede en stor indflydelse på de unges skolegang og livsløb, hvis de – på rette tid og sted – mødte de unge med tillid og tro på, at de godt kan og har noget at bidrage med.

De sociale relationers betydning

Et andet aspekt de unge lægger overordentlig stor vægt på, er de sociale sammenhænge de indgår i. En dårlig skolegang falder næsten altid sammen med et dårligt forhold til klassekammeraterne. Derfor kan skole- eller klasseskift være den begivenhed, som gør det muligt for den unge at skifte gear. Nogle henviser til at et skift fra en næsten ren indvandrerklasse til en mere blandet klasse frigjorde nogle ressourcer og skabte nogle nye relationer han eller hun kunne bygge videre på; andre derimod siger, at det var først da de fandt sammen med andre unge med minoritetsbaggrund, at der opstod den samhørighed og tryghed, som gjorde deres skolegang til en succes. I den forbindelse bør det også nævnes, at flere af de unge kvinder fremhæver det religiøse (det vil i dette tilfælde sige muslimske) fællesskab med andre som en vigtig trygheds-skabende faktor og drivkraft i deres intellektuelle udvikling.

Valg af uddannelse og erhverv

Vores interview tegner et klart billede af, at de unge uddanner sig inden for fagområder, hvor der er forholdsvis stor efterspørgsel på arbejdskraft i Danmark, og vi må igen konstatere, at stort set ingen af de unge vælger humanistiske uddannelser. Dermed understreges tendensen blandt unge indvandrere og efterkommere til at satse på uddannelse som nøglen til opadgående social mobilitet.

Flere af de unge har trods forældrenes ofte lidt snævre ideer om, hvilke uddannelser det er værd at satse på, nøje overvejet forskellige studieretninger, og flere af dem har tilsyneladende valgt at satse på noget, forældrene kunne forholde sig til, men som også kunne indfri deres egne drømme ikke mindst muligheden for at arbejde i udlandet, eventuelt i forældrenes oprindelsesland. En tyrkisk kvinde, Altan, var efter gymnasiet meget usikker på, hvad hun skulle. Hun overvejede at læse jura, men mente, at det var for snævert knyttet til danske samfundsforhold og besluttede sig i stedet for økonomi:

"... og så startede jeg på handelshøjskolen (...) og læser en international HD, fordi jeg godt kan se, jeg gider ikke kun Danmark, altså, det må godt være internationalt, så tager jeg en international HA, og så læser jeg så en cand.merc. efterfølgende."

Keyvan, der kom til Danmark som 11-årigt flygtningebarn fra Iran, besluttede blandt andet at blive læge, fordi det er en uddannelse, der kan bruges internationalt, indebærer direkte kontakt med andre og giver mulighed for at yde hjælp til mennesker i nød.

Holdningen til hvor langt man kan nå med en uddannelse i Danmark spiller også ind – tag fx Efendi. Hans forældre ønskede brændende, at han studerede medicin, hvorimod han selv var noget mere tøvende. Han gik til ekstraundervis-

ning i nogle af de centrale fag, men kom trods den ekstra indsats alligevel ikke ind på medicin-studiet – til sin egen store lettelse. I stedet søgte han om optagelse på Copenhagen Business School, hvor han kom ind. Her klarede Efendi sig virkelig godt, men havde vanskeligt ved at overbevise sine forældre om, at det "er en respektabel branche". Hvad der især bekymrede forældrene, var tanken om, at med en lederuddannelse i Danmark "så er det kun i Danmark, du kan få arbejde", hvorimod "en læge er en læge", og kan man ikke få arbejde et sted, så kan man altid få arbejde et andet sted. Det spillede også stærkt ind i forældrenes tankegang, at, med Efendis ord, "hvordan i helvede kunne man blive leder med etnisk baggrund i Danmark ... De tror simpelthen, at vi er indvandrere, og vi kan simpelthen ikke komme derop". Efendi kom imidlertid 'derop' og har i dag en god stilling, men har skullet kæmpe med at forklare og overbevise forældrene om det betimelige i sit valg.

'Danske fag'

En del unge vælger dog også studier, som de karakteriserer som meget 'danske', enten fordi studiet interesserer dem, eller fordi de mener, at det giver gode muligheder for at få et job med høj status. Det gælder eksempelvis jurastudiet, der af indvandrere generelt betragtes som et meget "dansk" studie. Sema, der søgte ind på jura umiddelbart efter gymnasiet, følte sig da også meget alene på studiet, "fordi jura, det er jo meget karakteriseret ved, at det er primært folk, der har jurister i deres familie, og jeg ved ikke hvad. Og vi udlændinge har ikke så mange uddannede folk, især ikke akademikere, i vores familie". Men efter et stykke tid fandt hun sammen med andre "som mig", nemlig tyrkere, pakistanere og afghanere, som hun følte, at hun havde lidt mere til fælles med:

"Jeg ved ikke, om det er sådan noget, man kan, der er særligt inden for jura, at folk er sådan lidt enspænderagtige, og de ikke rigtig bekymrer sig om andre men-

nesker, og hvordan de andre klarer sig. Men vi kom til at danne sådan en gruppe, hvor vi hjalp hinanden med studiet, ikke. Med opgaver fx – jeg var fx lidt foran de andre, nåede lidt mere end de andre, jeg kunne give de gamle opgaver til dem, og der var ligesom lidt mere sammenhold på den måde også".

Sammenholdet er på mange måder vigtigt for vores informanter, måske også vigtigere end for etnisk danske studerende. Ofte har de etniske minoritetsunge ingen forbilleder eller rollemodeller inden for deres familie, der kan fungere som 'beviser' på, at det er muligt og kan betale sig at tage en videregående uddannelse. Flere og flere har naturligvis ældre søskende, som er i gang med eller har fuldført en uddannelse, og andre har fætre eller kusiner, der kan tjene som forbilleder. Men mange er blandt de første i deres omgangskreds, der prøver kræfter med en universitetsuddannelse, og andre er de første i familien, der vælger et meget 'dansk' studie som jura eller en uddannelse, der har lav status i forældrenes oprindelsesland. Af samme grund kan det være ekstra vigtigt for de unge at blive bakket op af deres kammerater.

Der er blandt vores informanter meget få som tilkendegiver, at de godt kunne tænke sig at blive selvstændige. Men vi ved fra andre studier, at lysten til at blive iværksætter er stor blandt etniske unge med en videregående uddannelse. En undersøgelse gennemført af Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling i 2007 blandt ca. 3.200 tilfældigt udvalgte universitetsstuderende viste, at 22 % af de studerende med udenlandsk baggrund var aktive som iværksættere eller overvejede at blive det, mens det til sammenligning kun gjaldt for 12 % af de etnisk danske studerende (Iværksættere med udenlandsk baggrund 2009). Samlet set må man sige, at livsformen som selvstændig og som "vækstiværksætter" ser ud til at slå igennem blandt unge indvandrere, mens unge etniske danskere stadig-

væk er mere tøvende over for at vælge denne karrierevej. Mange af de etniske unge er inspireret af deres forældre, som ligeledes er selvstændige; men hvor forældrene etablerede sig inden for nogle få traditionelle indvandrerbrancher med stor konkurrence, lange arbejdstider og lav omsætning, er der meget som tyder på, at de unge vil sprede sig over langt flere brancher, herunder brancher, hvor det typisk kræver længerevarende uddannelse at begå sig (Goli et al. 2010).

Veje til job

Overgangen fra uddannelse til et job er for mange en vanskelig proces – ikke mindst for unge med anden etnisk baggrund end dansk. Allerede en undersøgelse fra 1996 (Hjarnø & Jensen) kunne dokumentere, at arbejdsgivere foretrak danske ansøgere frem for unge med indvandrerbaggrund, selv om sidstnævnte havde nøjagtig de samme faglige og sproglige kvalifikationer. At denne form for sortering ikke kun hører 'fortiden' til, viser en aktuel undersøgelse fra Rockwool Fondens Forskningsenhed, hvori det siges, at "otte ud af ti konsulenter (...) støder ind i, at virksomheder lægger vægt på elevernes etniske baggrund, når de bliver kontaktet om praktikpladser". Hvor mange virksomheder det drejer sig om vides ikke, "(m)en det står klart, at der er virksomheder, som beder om at få sorteret bunken af ansøgere efter etnicitet på forhånd. Til trods for at det ikke er lovligt" (Nyt fra ... 2008: 11). Diskrimination er en af de barrierer de unge løber ind i, noget andet er, at de unge og især deres forældre i mange tilfælde har et meget ringe kendskab til det danske uddannelses- og arbejdsmarkedssystem (at det så også gælder for mange etniske danskere er i denne forbindelse en anden sag).

Svært at finde job

Nogle unge og deres forældre har forberedt sig godt på de udfordringer, de unge møder, når de skal ind på arbejdsmarkedet, mens andre bliver overraskede over, hvor svært det kan være at

finde et job, selv om man har et flot eksamensbevis med sig fra studiet. Mange af de unge mangler både kendskab til de sociale koder på arbejdsmarkedet, savner et netværk inden for relevante brancher og mangler i nogle tilfælde også den selvtillid, der skal til for at komme ud af en jobsøgningsproces med en ansættelseskontrakt i hånden. Desuden har mange af dem som nævnt ikke de rollemønstre, som de fleste etniske danskere har i form af forældre, kammerater eller søskende, som allerede er godt i gang med en erhvervskarriere. Mange af de unge er på godt og ondt ude i ukendt land, og det kan være både skræmmende og uoverskueligt.

Manglende netværk

Diskrimination og manglende viden er imidlertid ikke de eneste barrierer, som de unge skal over for at komme ind på arbejdsmarkedet, for har man ikke det rette netværk og de rette kontakter, kan det blive meget vanskeligt. Tag fx en af Christina Jagds (2007) informanter, der kom til Danmark som 20-årig med 12 års skolegang bag sig fra Somalia. Efter 10 års ophold i Danmark stod Amin i 1997 med en dansk ingeniøruddannelse og skulle i gang med at søge job: "Jeg anede ikke, hvordan jeg skulle søge arbejde. Jeg troede, jeg ville få job efter første ansøgning". Så let gik det ikke for Amin. Han måtte søge omkring 100 stillinger, før det med hjælp fra en mentor lykkedes Amin at komme i arbejde. Af Jagds øvrige informanter opnåede 13 ud af 20 deres første job ved direkte mellemkomst af en ven eller bekendt, som i forvejen havde tilknytning til arbejdsmarkedet, hvilket peger i retning af, at "sociale relationer til andre, der er i job, udgør en kerneressource i forhold til at komme ind på arbejdsmarkedet". Samme iagttagelse har en studievejleder på et af landets gymnasier gjort sig: "(n)år man ser på mønsterbrydere, så skal man se 30 år frem i tiden, om det holdt. Fordi man kan godt tage uddannelsen, men hvad så? Deres netværk er stadig skrøbeligt, og man har stadig ikke forældrenes venner til at sørge for, man får det første job. Der kan være mange glaslofter sta-

digvæk, for at mønsterbryderen er lykkedes med sit projekt. De tosprogede unge kvinder, dygtige og dejlige som de er, de får altså en ensomhed med sig resten af livet, sådan er det bare" (At være muslimsk kvinde i Danmark 2009: 81).

Et andet eksempel der understreger betydningen af sociale netværk – i dette tilfælde omtalt som jobsøgningsnetværk – er Nagieb Khajas beretning i interviewbogen *Opdrift*, hvor 11 mønsterbryderes livshistorie lægges frem:

"Jeg havde meget svært ved at finde et job, lige da jeg var færdig som journalist. Jeg troede, at man blev vurderet udelukkende på sin ansøgning, men der var nogle af de andre, som havde et netværk i forvejen, som de brugte til at finde et arbejde. Mange journalister kommer fra journalistfamilier, og hvis de ikke har forældre, der er journalister, så har de en onkel, som er det. Det er et af de største problemer for os indvandrere. Vi kender en masse grønhandlere og taxachauffører, men vi kender ingen advokater eller læger eller journalister. Vi skal starte helt nede fra bunden" (Mygind 2009).

Ovenfor er vi kommet med en del statistik og konkrete eksempler på drivkraften bag de etniske minoritetsunges vej gennem uddannelsessystemet og første berøring med arbejdsmarkedet. Næste afsnit indledes med en kort opsummering af de begrænsninger og forhindringer de unge sædvanligvis støder på, men søger herefter at rette opmærksomheden mod de faktorer, som gør at de unge trods alt klarer sig vældig godt i det danske samfund.

Barrierer, mønsterbrud og social mobilitet

Talrige undersøgelser har beskæftiget sig med de barrierer, som unge med indvandrerbaggrund kan støde på i det danske uddannelsessystem

(jf. Dahl & Jakobsen 2005). Sædvanligvis kan disse forhindringer klassificeres under seks punkter:

- Manglende sproglige kvalifikationer og faglige færdigheder fra grundskolen
- Negativ social arv og manglende viden om det danske uddannelsessystem
- Fordomme og diskrimination
- Mangel på netværk, der rækker ud over den etniske gruppe
- Mangel på rollemodeller
- Kønsrollemønstret

Vi benægter ikke, at disse overskrifter stadig er relevante og opfanger nogle af de forhindringer, som unge med indvandrerbaggrund støder på i deres vej gennem uddannelsessystemet og ved indgangen til arbejdsmarkedet. Men vi ønsker samtidig at pointere, at i stedet for kun at have fokus på forhindringerne, er det efter vores mening relevant at spørge til, hvorfor mange etniske unge på trods af de nævnte barrierer klarer sig så godt i uddannelsessystemet. Det spørgsmål lader sig naturligvis ikke besvare på nogen enkel måde, men vi tillader os her at nævne nogle faktorer, der optræder i vores interviewmateriale, og som kan tænkes at udgøre en del af svaret:

- Migranternes/forældrenes socioøkonomiske aspirationer
- Mere stabile familier
- Opbakning fra familien
- Påvirkning fra moren
- Søkendeeffekt
- Modersmålsundervisning
- Etnisk og transetnisk kapital

Som det fremgik af afsnittet om forældrenes veje til Danmark og deres efterfølgende etablering her i landet, hersker der næppe tvivl om, at det for de fleste arbejdsmigranternes vedkommende har været drømmen om et bedre liv – læs

social mobilitet – som har udgjort den primære drivkraft bag beslutningen om at emigrere. De fleste arbejdsmigranter, men også adskillige flygtninge, havde planer eller forventninger om at vende tilbage til deres oprindelsesland efter ganske få år i Danmark. Men de fleste blev, og giver klart udtryk for, at forholdene – især de økonomiske – i Danmark er langt bedre, end hvad de kunne forvente ved at blive og arbejde i hjemlandet. Vores biografiske interview, suppleret med survey, har samstemmende vist, at denne tro på fremgang har forplantet sig til indvandrernes sønner og døtre for hvem, uddannelse udgør en central ressource. Mange af de unge er opmærksomme på, at de ved at befinde sig i Danmark både geografisk og historisk tilhører en privilegeret del af verdens befolkning: "Tænk, at alle unge i Danmark kan få en uddannelse, hvis de vil. Det er da fantastisk. Vi får lige penge for at studere. Jeg tror ikke, at der findes andre lande, som har så gode ordninger som den danske SU-ordning" som 19-årige Varan, søn af tamilske flygtninge fra Sri Lanka og netop optaget på datalogi-studiet på Aalborg Universitet, udtrykker det. Han suppleres af Soheil, der kom til Danmark som flygtning fra Iran, og nu studerer biomedicin på Syddansk Universitet:

"Jeg er meget glad for Danmark. Jeg kan godt lide, at alle kan få en uddannelse uden at betale for det, og at det er karaktererne, der afgør, om man kan komme på universitetet, ikke penge eller forbindelser" (Fenger-Grøndahl & Rose Andersen 2007).

Unikke muligheder

Følelsen af at have fået en unik mulighed, som man er forpligtet til at udnytte, går igen og er formodentlig en af de faktorer, der virker positivt ind på de unges uddannelsesmæssige præstationer. En anden, som kan tænkes at bidrage hertil, er den stabilitet, som præger indvandrerfamilierne. Meget få forældrepar er blevet skilt, og indvandrerfamilierne præges i almindelighed

af stærkt sammenhold og af en vilje til at indrette dagligdagen, så den støtter de unge i deres lektielæsning og uddannelsesmæssige ambitioner. Opbakningen til de unge i familien er dog så massiv, at den til tider opleves som et decideret pres.

Moderens særlige rolle

Inden for familiens rammer kan vi endvidere pege på morens særlige rolle og en såkaldt søskendeeffekt. Det er velkendt, at mange unge indvandrere udviser stor solidaritet med forældrene og den øvrige familie, men at de også udtrykker ønske om ikke selv at skulle igennem samme hårde fysiske slid og leve med samme splittelse mellem to eller flere lande, som de har set forældrene gøre. De unge ønsker et bedre liv end forældrene, og de ser uddannelse som et middel hertil. I flere tilfælde beretter de unge (som regel datteren) om, at især moren har advaret dem om, at hvis de ikke tager en uddannelse, så får de et liv, der kommer til at ligne hendes eget, dvs. et liv med hårdt arbejde, arbejdsrelateret sygdom og uden mulighed for at fordybe sig i kulturelle eller religiøse oplevelser. En advarsel, der tydeligvis tjener til at fremme motivationen til uddannelse blande de unge.

Søskendeeffekten

Gennemgående er flygtninge- og indvandrerfamilier i den første generation efter ankomsten til Danmark større end danske familier; og skønt man kan argumentere med, at store familier hæmmer indlæringen, peger vort materiale også på, at de store familier kan have nogle positive effekter på de unges uddannelsespræstationer, her kaldet søskendeeffekten: De unge i vores materiale kommer ofte ind på den hjælp til skolearbejde, de har modtaget fra ældre søskende, og endvidere henviser en del informanter til det motiverende og inspirerende i at se deres ældre søskende gennemføre lange uddannelser og efterfølgende opnå gode, vellønnede jobs. Som tidligere omtalt er der kun få eksempler på familier, hvor nogle søskende gennemfører lange ud-

dannelser, mens de øvrige slet ingen uddannelse får. Det kunne tyde på, at søskende påvirker hinanden positivt både som rollemodeller og ved konkret at støtte og hjælpe hinanden.

Nytten af modermålsundervisning

Modersmålet og modersmålsundervisning kan også ses som en mobilitetsfremmende faktor. Undersøgelser peger i retning af, at flere års modersmålsundervisning har positiv indflydelse på skolepræstationerne, mens deltagelse i kortere forløb ingen effekt udviser (Nielsen 2002). Ser vi på modersmålsundervisning i en bredere sammenhæng, bliver det desuden tydeligt, at beherskelsen af modersmålet har en vigtig funktion i familien. Et fælles sprog i familien, der knytter an til traditioner og fælles erfaringer, er med til at styrke de vidensmæssige, kulturelle, religiøse og (nogle gange) politiske ressourcer i familien – og dermed også de unges intellektuelle kapacitet i bred forstand.

Etnisk kapital

Et sidste aspekt, vi ønsker at fremhæve, er betydningen af etnisk og transetnisk kapital. I de senere år er der sket en ændring i indvandrerfamiliernes holdning til uddannelse som vejen til social mobilitet: Uddannelse anses i dag over en bred kam som vejen til et bedre liv og fortsat social mobilitet. At denne holdningsændring har bredt sig til store grupper af indvandrere skyldes ikke kun, at det enkelte individ har tilpasset sig de politisk-administrative krav om mere uddannelse. Var det tilfældet, skulle også etniske danskere have udvist en tilsvarende holdningsændring, hvad de tilsyneladende ikke har. Snarere drejer det sig om, at accepten af uddannelse som en mobilitetsfremmende foranstaltning har slået rod og har spredt sig med stor hastighed og tyngde via tætte sociale og kulturelle relationer inden for den enkelte etniske gruppe. Vi kan imidlertid også iagttage, at denne holdningsændring ikke afgrænser sig til specifikke etniske grupper, men har forplantet sig til mange etniske mindretal. Derfor begrebet transetnisk

kapital, som indikerer, at ideer, holdninger, væremåder og adfærdsmønstre ikke kun følger afstukne etniske skillelinjer, men tilsyneladende krydser etniske grænser – hvilket i øvrigt er i fin overensstemmelse med de tendenser til tværetniske fællesskaber blandt unge med minoritetsbaggrund, som flere af vores informanter har oplevet i uddannelsessystemet.

Tænkningen, forskningen og debatten om forholdet mellem etniske mindretal, læring og uddannelse har indtil nu i alt overvejende grad været præget af mønsterbrud. Et fremherskende perspektiv på unge indvandreres uddannelsespræstationer har været, at de for at præstere bedst muligt har skullet bryde med forældrenes arkaiske kulturelle værdier og livsform. Med udgangspunkt i de eksempler og tal, vi har fremlagt i denne artikel og i vor bog *I Danmark Er Jeg Født*, vil vi i stedet plædere for, at man i langt højere grad lægger vægt på kontinuiteten mellem forældrenes transnationale kultur, deres ambitioner og ønsker om opadgående social mobilitet og sidenhen deres børns situation og stræben i det danske samfund.

Bogen "*I Danmark Er Jeg Født...*" kan bestilles gratis på TrygFondens hjemmeside: www.TrygFonden.dk. Center for Ungdomsforskning afholder en konference d. 1. november, hvor bogens hovedresultater bliver præsenteret og diskuteret. Se reklamen i denne udgave af ungdomsforskning.

Om forfatteren

Flemming Mikkelsen er uddannet som økonomisk historiker og politolog fra Københavns Universitet og videreuddannet i sociologi ved Department of Sociology, University of Michigan, Ann Arbor, USA. Forsvarede i 1992 disputats ved Institut for Statskundskab, Københavns Universitet. Forsker og underviser i politisk sociologi, historisk sociologi, etniske minoriteter, socialhistorie og mere specifikt i politiske organisationsformer, sociale bevægelser, ungdomsbevæ-

gelse, transnationale politiske processer og arbejdsmarkedsforhold. Har skrevet adskillige bøger inden for disse områder og publiceret i danske og internationale tidsskrifter. Han er pt. tilknyttet Center for Ungdomsforskning.

Litteratur

At være muslimsk kvinde i Danmark (2009). Rapport udarbejdet af Maïa Consult for Ligestillingsafdelingen under Velfærdsministeriet.

CEPOS Notat 21.03.09.

Dahl, Karen Margrethe & Vibeke Jakobsen (2005): Køn, etnicitet og barrierer for integration. København, SFI.

Fenger-Grøndahl, Malene & Ulla Rose Andersen (2007): 'Det er fedt, når man får det hele til at køre'. CDR Forlag.

Goli, Marco, Flemming Mikkelsen, Svend Møballe & Shahamak Rezaei (2010): Iværksættere i indvandrer-tætte boligområder. Roskilde, Roskilde Universitetscenter.

Hjarnø, Jan & Torben Jensen (1997): "Diskrimineringen af unge med indvandrerbaggrund ved jobsøgning". Papers, migration nr. 21, Dansk Center for Migration og Etniske Studier.

IntegrationsStatus 1999-2009. Catinét Research.

Iværksættere med udenlandsk baggrund (2009). Erhvervs- og Byggestyrelsen.

Jagd, Christina Bækkelund (2007): Medborger eller modborger? Dansksomalieres kamp for at opbygge en meningsfuld tilværelse i det danske samfund – gennem arbejde (Ph.d.-afhandling, Institut for Antropologi, Københavns Universitet).

Mikkelsen, Flemming, Malene Fenger-Grøndahl & Tallat Shakoor (2010): I Danmark Er Jeg Født ... Etniske minoritetsunge i bevægelse. København, Frydenlund, TrygFonden, Center for Ungdomsforskning.

Mygind, Johanne (2009): Opdrift – 11 mønsterbrydere fortæller. København, Gyldendal.

Nielsen, Jørgen Chr. (2002): "Etniske minoritetsbørns skolepræstationer og danskundskaber". AMID Working Paper Series 26.

Nyt fra Rockwool Fondens Forskningsenhed (2008): "Indvandrere uddanner sig mere og mere – men halter fortsat bagefter".

Shakoor, Tallat & Rie Wallendorf Riis (2007): Tryghed blandt unge nydanskere. København, TrygFonden 2007.

"I Danmark er jeg født"

– Myten om den fejlslagne integration

Medlemskonference

Foreningen Center for Ungdomsforskning

d. 1. november 2010

Festsalen Danmarks Pædagogiske Universitetsskole

Med denne konference stiller Center for Ungdomsforskning skarpt på de etniske minoritetsunge, der mestrer livet i Danmark godt. Det er en stor gruppe, og der er meget at blive klog på. Bogen "I Danmark er jeg født" opfylder et forskningsmæssigt hul ved at samle og udvikle forskning, der belyser, hvad der har skabt og formet disse kulturelle navigatører, som formår at finde deres egen vej i et Danmark under forandring i globaliseringens tidsalder.

Hver konferencedeltager modtager et eksemplar af bogen: "I Danmark er jeg født".

Jes Stein Pedersen, DR 2 er konferencier og ordstyrer dagen igennem.

Praktisk

Konferencen afholdes d. 1.11.2010

Festsalen på Danmarks Pædagogiske Universitets-skole
Bygning A 1. sal.
Tuborgvej 164, 2400 København NV.

Konferencen er gratis for medlemmer af foreningen CeFU.

Hvert medlem kan sende op til 10 deltagere.

For ikke – medlemmer er prisen 1500 kr.

Hver konferencedeltager modtager et eksemplar af bogen: "I Danmark er jeg Født"

Tilmelding:

senest 23. oktober via hjemmesiden www.cefu.dk

Framelding efter tilmeldingsfristen medfører fuld betaling.

Meddel venligst ved tilmelding, hvilken organisation du/I kommer fra.

Yderligere information:

Mette Stigaard, mest@dpu.dk eller 88 88 90 74

Kontakt:

Center for Ungdomsforskning

Danmarks Pædagogiske Universitets-skole

Tuborgvej 164

2400 NV

Tlf: 88 88 90 74

www.cefu.dk

Ny rapport fra CeFU

"Kursistbaggrunde på Frederiksberg hf – Et ungdomssociologisk studie"

Af Niels-Henrik M. Hansen

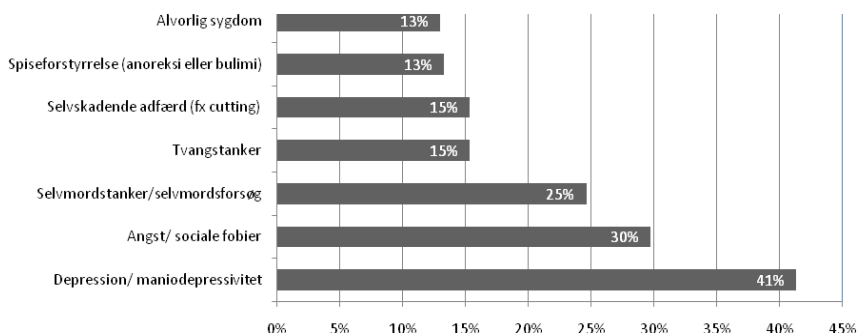
Hvorfor kan vi ikke få frafaldsprocenten ned?

Det er et af de centrale problemstillinger som ledelsen, vejledere og undervisere på Frederiksberg hf kæmper med i deres hverdag. Frederiksberg hf rekrutterer kursister fra et område, hvor mange på papiret kommer fra familier, der både er uddannelsesvante og har betydelige økonomiske ressourcer, hvilket burde medvirke til at frafaldet fra uddannelsen burde være rekordlavt. Men det er imidlertid ikke tilfældet, hvilket ledte Frederiksberg hf til at stille spørgsmålet om, der kunne være andre faktorer på spil? I særlig grad ønskede man, at få belyst kursisters baggrund i relation til deres aktuelle trivsel på uddannelse. Hensigten var at få undersøgt og dermed potentielt dokumenteret de problemer og udfordringer, de unge bærer på, og som kan påvirke deres indsats og trivsel på hf-uddannelsen samt deres eventuelle overvejelser om at afbryde uddannelsen.

Dette var udgangspunktet og rammen om en ny rapport fra Center for Ungdomsforskning, der sætter fokus på relationen mellem kursisters sociale baggrund, om kursisterne har oplevet forskellige livsændrende begivenheder og deres nuværende trivsel på hf uddannelsen.

Rapporten tegner et sammensat og tankevækkende billede. Selvom Frederiksberg hf primært rekrutterer deres kursister fra et generelt ressourcestærkt område, er der mange af kursisterne, der stammer fra familier, hvor forældrene ikke længere bor sammen. Det gør, at nok kommer mange fra uddannelsesvante hjem, men pga. den store andel, hvor forældrene er skilte, oplever mange, at forældrene har svært ved at få pengene til at slå til i hverdagen, hvilket kan påvirke den unges muligheder.

Derudover peger undersøgelsen på, at en væsentlig majoritet af kursisterne har oplevet forskellige problemer eller hændelser i deres liv. Det kan fx være alvorlig sygdom, dødsfald i den



Figur 1. Andelen af kursister på Frederiksberg hf, der har oplevet en række sociale hændelser.

nære familie, vold i familien, depression mv., som mange af kursisterne oplever, påvirker deres nuværende situation og ikke mindst deres mulighed for at gennemføre hf uddannelsen. Figur 1 illustrerer dette ved at vise andelen af kursister, der har oplevet de forskellige typer af sociale hændelser. Som det fremgår af figuren er der markante andele af kursisterne, som har oplevet en eller flere ting.

Det fremstår kort sagt som et centralt baggrundsvilkår for mange af kursisterne på Frederiksberg hf. En stor del af kursisterne har oplevet forskellige problemer/hændelser i familien som fx alvorlig sygdom, dødsfald, selvmordsforsøg, psykisk sygdom i den nærmeste familie eller misbrug eller vold i hjemmet. Ikke mindre end 75 % har oplevet en eller flere af disse hændelser, og i mange tilfælde tillægger kursisterne disse oplevelser betydning i forhold til deres nuværende livssituation, trivsel og mulighed for at gennemføre HF.

Rapporten sætter også fokus på valget af hf, og hvad de unge har foretaget sig i tiden mellem folkeskolen og starten på hf. Rapporten viser bl.a. mange af kursisterne har afbrudt en eller flere uddannelser før de begynder på hf, og at nogle kursister vælger hf gennem udelukkelsesmetoden, og ser det som en mulighed for at få en

god uddannelse, mens man stadig overvejer, hvad man gerne vil. Andre har efter perioder med personlige problemer eller et eller flere afbrudte uddannelsesforløb fået meget mod på fremtiden og har derfor en meget målrettet tilgang og også planer for, hvad de vil efter HF.

Vender vi tilbage til det indledningsvise spørgsmål omkring frafald, viser undersøgelsen 25 % af kursisterne har overvejet at stoppe på HF på et tidspunkt – 7 % overvejer det på undersøgelsestidspunktet. De hyppigste årsager til at overveje stop, er frygten for ikke at kunne gennemføre uddannelsen tilfredsstillende, personlige problemer og manglende interesse for fagene. Rapporten peger endvidere på, at overvejelser om stop på HF varierer meget mellem de enkelte klasser og det indikerer, at sociale forhold i de enkelte klasser har stor betydning for fastholdelsen af kursisterne.

Rapporten ser også på kursisternes oplevelse af studievejledningen, tutorer og undervisningen i almindeligt. Den bygger på en spørgeskemaundersøgelse, hvor alle kursisterne på Frederiksberg hf har haft mulighed for at svare samt interviews med 10 kursister.

Rapporten kan læses eller hentes på www.cefu.dk.

Center for
Ungdomsforskning,
Danmarks Pædagogiske
Universitetsskole,
Aarhus Universitet

Tuborgvej 164
2400 København NV
Tel. 8888 9074
Fax 8888 9725
www.cfu.dk

