

***KOMPETENCEUDVIKLING GENNEM
SUNDHEDSSAMTALEN***

HVAD MED DE SVAGESTE ?

Masterafhandling i sundhedspædagogik ved
Danmarks Pædagogiske Universitet

Modul 4: Sundhedspolitik og sundhedspædagogik i et ”settingperspektiv”

Udarbejdet af :
Annette Poulsen
Studienummer 1004317

Vejleder : Lektor Kirsten Nielsen DPU
København 19. maj 2003.

Indholdsfortegnelse:

Forord.....	s. 4
Kapitel 1: Introduktion	s. 5
1.1 problemstilling og baggrund.....	s. 5
1.2 formål og problemformulering	s. 8
1.3 afhandlingens opbygning	s. 9
Kapitel 2: Videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser	s. 9
2.1 Videnskabsteoretiske overvejelser.....	s. 9
2.2 Metodemæssige overvejelser.....	s. 12
2.3 Sammenfatning	s. 15
Kapitel 3: Centrale begreber	s. 15
Kapitel 4: Settingbegrebet	s. 17
4.1 Skolen som setting.....	s. 17
4.2 Sundhedsplejersken som en del af en setting	s. 19
4.3 Interessentkonflikter.....	s. 21
4.4 Settingbegrebet i et modernitetsperspektiv	s. 23
4.5 Sammenfatning	s. 25
Kapitel 5: Sundhedssamtalen og andre sundhedspædagogiske aktiviteter	s. 25
5.1 Sundhedssamtalen - en præsentation i forhold til lov og retningslinier	s. 25
5.2 Learning about health – Ina K. Borups afhandling. Præsentation og diskussion.....	s. 26
5.2.1 Præsentation.....	s. 26
5.2.2 Diskussion	s. 28
5.3 Sundhedssamtalens didaktik og sammenhæng	s. 30
5.4 Andre sundhedspædagogiske aktiviteter.....	s. 31
5.5 Unges sundhed og sårbarhed.....	s. 32
5.6 Sammenfatning.....	s. 33

Kapitel 6: Kompetencebegrebet	s. 34
6.1 Kompetencer – i bredden og dybden. Præsentation af en kompetencematrix	s. 34
6.2 Kompetencematrixen i et sociologisk perspektiv.....	s. 36
6.2.1 Præsentation af Giddens ’ strukturationsteori	s. 36
6.2.2 Kyndighedsbegrebets anvendelse i kompetencematrixen	s. 37
6.2.3 Sprogets betydning for kyndighedsudvikling	s. 38
6.3 Kompetencematrixen i et socialpsykologisk perspektiv	s. 39
6.4 Handlekompetence	s. 40
6.5 Kompetencematrixen i et sundhedsplejeperspektiv.....	s. 41
6.6 Sammenfatning.....	s. 43
Kapitel 7 : Sundhedsbegrebet – et afsæt for sundhedspleje og sundhedspædagogik	s. 43
7.1 Det åbne sundhedsbegreb.....	s. 43
7.1.1 Det åbne sundhedsbegreb i relation til børn & unge	s. 45
7.2 Sundhedsbegreber og paradigmer.....	s. 45
7.3 Sundhedsbegreber i et sociologisk perspektiv	s. 47
7.4 Sammenfatning	s. 49
Kapitel 8 : Sammenfatning, konklusion og perspektivering	s. 50
8.1 Sammenfatning	s. 50
8.2 Konklusion.....	s. 52
8.3 Perspektivering	s. 48
Engelsk resumé	s. 56
Litteraturliste	s. 57

Bilag I: Interviewguide og kort beskrivelse af de tre kommuner, hvor sundhedsplejerskerne har deltaget i interviews

Forord

Udgangspunktet for mit valg af emne er mit arbejde som sundhedsplejerske i den del af Københavns Kommune, der i folkemunde er bedst kendt som "Nordvest", men som rettelig hedder Bispebjerg. Gennem 9 år har jeg bl.a. arbejdet på Grundtvigskolen, og det er udfordringerne dér, som i høj grad har inspireret mig til at arbejde i dybden med problematikker knyttet til det spændende og til tider frustrerende arbejde som skolesundhedsplejerske. Tak til børn og lærere for de mange og stadige udfordringer, I giver mig.

Denne afhandling er udført som et led i mit masterstudie i sundhedspædagogik ved Danmarks Pædagogiske Universitet med lektor Kirsten Nielsen som vejleder. Tak for godt samarbejde, det har været trygt og inspirerende, og jeg har oplevet kompetent vejledning i hele forløbet.

Masterstudiet er gennemført samtidig med et fuldtidsarbejde, og jeg vil derfor benytte anledningen til at takke mine kollegaer for god støtte, omsorg og opbakning, når det indimellem blev lidt broget. En stor tak til kollega og ven Karin Hansen for at gennemlæse, sætte punktummer i mine lange sætninger og stramme konklusionerne op på hver eneste opgave.

Tak til Københavns Kommune for at yde økonomisk støtte til uddannelsen.

En særlig tak til mine to børn Christian og Cecilie for at bære over med mig, når det til tider kneb med aftensmaden, og jeg var mere eller mindre mentalt fraværende. I er nogle skønne unger.

Annette Poulsen

Maj 2003

KAPITEL 1: Introduktion

1.1 PROBLEMSTILLING OG BAGGRUND

I denne masterafhandling beskæftiger jeg mig med en del af sundhedsplejerskens arbejde med skolebørn. I et settingperspektiv beskriver jeg de vilkår, muligheder og begrænsninger, der er med til at betinge under hvilke omstændigheder, den regelmæssige sundhedssamtale i skolen finder sted. Afhandlingens sundhedspædagogiske omdrejningspunkt er en undersøgelse af, hvordan sundhedsplejersken primært via sundhedssamtalen kan gøre en indsats i forhold til de svageste og socialt udsatte unge fra 6. til 9. klasse med fokus på kompetenceudvikling.

Som speciale har skolesundhedsplejen i sin nuværende form kun en kort historie, idet det først var i 1983 (Sundhedsstyrelsen 1983), at skolelægen og skolesundhedsplejersken fik selvstændige arbejds- og kompetenceområder, og sundhedssamtalen blev beskrevet første gang. Det var godt 100 år efter, at skolehygiejnen i Danmark fik sit gennembrud (Coninck-Smith: 253). De første skolesygeplejersker blev ansat i København i 1909, og blev kendt som ”lusetanter” (ibid: 257). Helt frem til 1972 (Indenrigsministeriet 1972) bestod sundhedsplejerskens opgave i at bistå lægen mhp at forebygge og kontrollere sygdom. Den seneste lovændring kom i 1996 (Sundhedsstyrelsen 1995). Sundhedsplejerskens kontakt med børnene består herefter i årlige sundhedssamtaler, undersøgelser og sundhedspædagogiske aktiviteter. Med den seneste lov og retningslinierne er der lagt vægt på generel sundhedsfremmende indsats og en særlig indsats i forhold til de svageste børn. Sundhedssamtalen er bevaret som et væsentligt element både mhp opsporing, forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsstyrelsen 1995:33). Sundhedssamtalen er således et relativt nyt begreb i sundhedstjenesten.

Som sundhedsplejerske har jeg gennem mit masterstudie primært interesseret mig for sundhedspædagogiske problemstillinger relateret til skolesundhedsplejerskens virksomhedsområde, idet skolesundhedsplejen er mit væsentligste praksisfelt. Jeg har således på modul 1 ”Sundhedspædagogik i et filosofisk og ideologisk perspektiv” (Poulsen 2001) beskæftiget mig med sundhedsplejerskens opgaver i forhold til skolebørn, der tilbydes ophold på et julemærkehjem, mens jeg på modul 3 ”Sundhedspædagogik, læring og kompetenceudvikling” undersøgte sundhedssamtalen i et læringsteoretisk perspektiv (Poulsen 2003). Jeg vil derfor i denne

masterafhandling fortsætte undersøgelsen af sundhedssamtalen, men nu med fokus på de svageste og i et kompetenceudviklingsperspektiv m.h.p. at kunne begrunde vigtigheden af skolesundhedspleje også i forhold til de svageste og socialt udsatte unge.

I Danmark er der lavet mange undersøgelser og meget forskning i forhold til spæd- og småbørnssundhedsplejen, men der findes kun få videnskabelige undersøgelser af skolesundhedsplejen. Kun Ina K. Borup (Borup 1995, 2000) har i Danmark beskæftiget sig på forskningsniveau med området. Skolesundhedsplejen har gennem de senere stået for tur, når kommunerne har skullet finde besparelser. I mange kommuner tilbydes kun sundhedssamtale hvert andet år. I København gled tre årgange ud, da Københavns Kommune i 1999 besluttede en 6%'s besparelse på sundhedsplejen, således at princippet om sundhedssamtaler på samtlige klassetrin blev fraveget. I de øvrige nordiske lande har man forsket mere i skolesundhedstjenesten end i Danmark (Kratz 1998, Ahlnäss 2001, Hjälmhult 2002). Ved forespørgsel på Danmarks Sygeplejerskehøjskole (DSH), hvor kommende sundhedsplejersker uddannes (samtale Vibeke Frimodt DSH 12.2.03), viser der sig dog efterhånden mere og mere interesse for skolebarnet og de sundhedsplejemæssige problemstillinger og udfordringer, der knytter sig til dette speciale. Det er således et område, der er god grund til at beskrive, forske i og udvikle ny viden i forhold til, m.h.p. at kvalificere arbejdet og skærpe den faglige interesse for området. Dette finder jeg også bør ske i forhold til det politiske niveau, idet skolesundhedsplejen som ovenfor beskrevet er under pres.

Med den seneste lovændring blev der som nævnt lagt særlig vægt på en indsats i forhold til de svagest stillede børn og unge i form af *"...øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved kommunalt ansat læge eller sundhedsplejerske"*, ligesom der i lovteksten, som noget nyt, lægges vægt på en øget tværfaglig koordineret indsats (Sundhedsstyrelsen 1995: 34, 51, 52). Der er således alene ud fra *"Lov om forebyggende sundhedsordninger"* (Sundhedsstyrelsen 1995) særdeles god grund til at beskæftige sig med kvalificering af sundhedspædagogikken i forhold til netop disse børn og unge.

Imidlertid er der også mange andre steder fokus på en forstærket indsats for denne gruppe, især m.h.p. at bryde den sociale arv, hvilket dog ikke eksplicit er formålet med den særlige indsats fra den kommunale sundhedstjeneste. Her skal blot nævnes nogle få, der interesserer sig for emnet, en fuld redegørelse finder jeg umulig og irrelevant at gennemføre: I regeringens

folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2002: 54) nævnes såvel særlig risikoadfærd som trivselsproblemer som en fælles udfordring. Ved Folketingets åbningstale i oktober 2002 satte statsminister Anders Fogh Rasmussen emnet på dagsordenen. Socialforskningsinstituttet står i spidsen for et stort anlagt forskningsprogram, som gennemføres i perioden 2001-2003, hvis formål er at opbygge ny viden om institutioners og sundhedsvæsnets betydning for grupper, der risikerer at reproducere såkaldt negativ social arv (www.forskningsprogrammet-social-arv.dk, Ploug 2002). I Københavns Kommune har Uddannelses- og ungdomsudvalget netop behandlet ”Model for udmelding og anvendelse af ressourcer til mønsterbrydning (behovstimer)” (Københavns Kommune 2003). På nærværende studie har mønsterbrydning været et tema på modul 2: ”Sundhed i samfundsmæssigt og biologisk perspektiv”. Afhandlingen vil ikke som sådan beskæftige sig med begrebet ”social arv” i øvrigt, men have det som begrundelse for afhandlingens aktualitet i såvel sundhedspædagogik som sundhedspolitisk henseende.

Børn og unge med særlige behov er afgrænset i et bilag i lovens retningslinier (Sundhedsstyrelsen 1995:62). Der er tale om en meget blandet gruppe, hvor børn med udviklingsmæssige og sygdomsprægede problemstillinger er beskrevet, ligesom de socialt udsatte, hvor livsvilkårene er af stor betydning, og hvor mønsterbrydning for tiden er ”nøgleordet”, er beskrevet. Endelig repræsenteres gruppen af børn og unge, der ikke trives, og som har svært ved at mestre deres liv. Bente Jensen giver i bogen ”Sundhed og sårbarhed” (Jensen 2002b) et tydeligt billede af netop denne gruppe store skolebørn, som denne masterafhandling primært beskæftiger sig med. Også her er medierne hyppigt på banen med TV programmer og avisartikler, der sætter fokus på mistrivsel bl.a. i form af ensomhed og manglende voksenkontakt. Det moderne samfund stiller store krav, som det kan være vanskeligt for nogle børn at leve op til og håndtere, med bl.a. mistrivsel som resultat. I rapporten ”Unge (mis)trivsel” (Zøllner 2002:12) beskrives, hvordan det er af fundamental betydning for den unge at have nogen at snakke fortroligt med om problemer, og at 10 % ikke har fortrolig kontakt til forældre eller andre unge. Lillian Zøllner, centerleder ved Center for selvmordsforskning i Odense, beskriver, hvordan Livslinien modtager et stigende antal henvendelser fra unge under 15, som overvejer selvmord eller har det så skidt, at de skærer i sig selv for at dulme de indre smerter. (Jyllandsposten 21/2-03). Ifølge retningslinierne skal sundhedsplejersken gøre en særlig indsats i forhold til den beskrevne gruppe, hvilket således med ovennævnte begrundelser bliver denne afhandlings omdrejningspunkt.

1.2 FORMÅL OG PROBLEMFORMULERING

På baggrund af ovenstående introduktion er det denne afhandlings formål at undersøge, hvordan sundhedsplejersken kan bidrage til at støtte de svageste og socialt udsatte børn og unge. Sundhedsplejersken møder alle skolebørn via sundhedssamtalen og har således mulighed for (og forpligtelse til) at kunne medvirke til at opspore børn og unge med særlige behov for støtte til sundhedsfremme og trivsel. Den regelmæssige¹ kontakt med barnet, som også til dels handler om at udføre i loven beskrevne funktionsundersøgelser, giver sundhedsplejersken en enestående mulighed for at støtte børn og unge med særlige behov. Ina. K. Borups undersøgelser (Borup 1995, 1999, 2000) viser, at sundhedssamtalen gør en positiv forskel, også for de svageste. Gennem sundhedssamtalen og sundhedspædagogiske aktiviteter² i øvrigt, har sundhedsplejersken forskellige muligheder for at støtte den enkelte i en udviklingsproces. Afhandlingens væsentligste omdrejningspunkt bliver sundhedssamtalen som afsæt for kompetenceudvikling i bred forstand (Jensen, Bente 2002a) hos det enkelte barn. Skolen som ramme udgør den setting, der bl.a. er med til at betinge samtaleens muligheder og begrænsninger, ligesom rammen er med til at beskrive og definere strategier, metoder og indsatsområder dels i forhold til det enkelte barn, men også i forhold til barnet som en del af en helhed.

Hovedspørgsmålet, jeg søger besvaret i min afhandling, er således:

Hvordan kan sundhedsplejersken, gennem sundhedssamtalen og andre sundhedspædagogiske aktiviteter, understøtte de svageste og socialt udsatte skolebørn og dermed medvirke til kompetenceudvikling hos den enkelte mhp sundhedsfremme ?

¹ I lovgrundlaget er brugt begrebet "regelmæssig kontakt" (Sundhedsstyrelsen 1995: 52), mens der i retningslinierne er brugt begreberne "regelmæssige" og "rutinemæssig" og "årlig", mens kontakt er defineret som "sundhedssamtale" (ibid:33,34). Det kan give nogen uklarhed over omfanget af opgave i lovmæssig forstand, når der i tolkningen anvendes begreber i flæng. Jeg holder mig i afhandlingen til lovtekstens begreb og afstår således fra den (kommunal)politiske stillingtagen til, hvordan begrebet skal tolkes. Det er imidlertid lovteksten, der netop giver kommunerne mulighed for at tildele ressourcer lokalt og skære i ydelserne, hvilket således har betydning i forhold til den lokale sundhedspolitik

² Her menes aktiviteter i direkte tilknytning til de unge, som f.eks. særlige metoder anvendt i samtalerne og undervisning i klasserne. For uddybning se kapitel 3

Afhandlingen retter sig primært mod ledende sundhedsplejersker og skolesundhedsplejersker, sekundært mod lærere, skoleledere og andet sundhedspersonale på skolen (typisk tandlæge og kommunallæge).

1.3 AFHANDLINGENS OPBYGNING

Samlet vil afhandlingen herfra forme sig således:

- Kapitel 2 angiver mit videnskabsteoretisk udgangspunkt og indeholder metodeovervejelser
- Kapitel 3 indeholder begrebsafklaring i f.t. centrale begreber, der anvendes i afhandlingen
- Kapitel 4 omhandler settingbegrebet, hvor skolen introduceres som en setting og sundhedsplejerskens rolle i settingen diskuteres dels udfra et interessenkonflikt perspektiv, dels i et modernitetsperspektiv med fokus på ekspertsystemer
- Kapitel 5 præsenterer og begrundes sundhedssamtalens berettigelse i forhold til de svageste og udsatte unge, og sundhedssamtalen belyses i et didaktisk perspektiv
- Kapitel 6 præsenterer og diskuterer kompetencebegrebet udfra en præsentation af en kompetencematrix. Begrebet og matrixen diskuteres dels i et sociologisk modernitets perspektiv, dels i et socialpsykologisk perspektiv. Desuden diskuteres handlekompetencebegrebet i dette kapitel.
- Kapitel 7 præsenterer og diskuterer sundhedsbegreber, dels udfra et filosofisk perspektiv, dels i forhold til en pædagogisk praksis. Endelig diskuterer jeg sundhedsbegreber i et sociologisk perspektiv. Dette kapitel placeres sidst som oplæg til afhandlingens konklusioner, som er betinget af mit eget sundhedsbegreb.
- Kapitel 8 præsenterer sammenfatning, svar på problemstillingen og perspektivering

KAPITEL 2: Videnskabsteoretiske og metodiske overvejelser

2.1 VIDENSKABSTEORETISKE OVERVEJELSER

En række dominerende videnskabsteorier bidrager alle i større eller mindre omfang til den fundamentale sundhedsforståelse, og Simon Sjørup Simonsen (2000) bestræber sig i bogen "Sundhedens filosofi" på at give en indføring i en række sundhedsvidenskabers hovedproblemer. Bogen bidrager sammen med "Videnskabsteori" (Jacobsen et al 1999) til det forståelsesfundament, som blev skabt på denne uddannelses modul 1 i forhold til koblingen mellem sundhed og videnskabsteori, og anvendes derfor i denne afhandling.

Sundhedsplejersker er sygeplejersker af grunduddannelse og dermed i den historiske kontekst naturvidenskabeligt baserede. Henriette Buus viser i sin afhandling om sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse (Buus 2001:310), at den pædiatriske viden var alfa og omega i etableringen af videreuddannelsen fra sygeplejerske til sundhedsplejerske – et krav, der fortsat stilles. Hun fremanalyserer, at det kun er meningsfyldt i det omfang, at det gjaldt om at kunne henvise børn til læge og sygehus i tide, hvorved staten ville kunne sikre sig børnelægernes accept af de kommende sundhedsplejersker. Med denne disposition begrundes sundhedsplejefaget naturvidenskabeligt, og netop denne grundposition kan være primært bidragende til sundhedsplejefagets sundhedsvidenskabelige dilemmaer eller hovedproblemer, som Sjørup Simonsen beskriver det (2000:13).

Først i 1983 fik sundhedsplejersker selvstændigt arbejds- og kompetenceområde i skole-sundhedstjenesten. Indtil da var opgaven populært sagt at være ”lægens højre arm” i den klassiske forståelse af forholdet mellem læge og sygeplejerske; dvs observere og udføre ordinationer i et sygdomsopsporende og -kontrollerende paradigme. Lovens nuværende retningslinier (Sundhedsstyrelsen 1995) har fortsat tydelige indholdselementer af dette forhold, hvilket jeg har beskæftiget mig med på de to tidligere omtalte afhandlinger (Poulsen 2002, 2003). Der er således i loven f.eks. beskrevet, hvilke funktionsundersøgelser, der skal udføres hvornår m.h.p at opspore fejludvikling og sygdomsrisici med udgangspunkt i et lukket sundhedsbegreb (Jensen, BB 2000a, Wackerhausen 2000), mens der på den anden side lægges op til et mere åbent og demokratisk sundhedsbegreb via sundhedssamtalens mulige indholdselementer (Sundhedsstyrelsen 1995:33). Det betyder, at sundhedsplejersken må bevæge sig frem og tilbage mellem det moraliserende og det demokratiske paradigme³, sådan som jeg har beskrevet det i mine tidligere opgaver (Poulsen

³Det moraliserende paradigme er opstillet som en modsætning til det demokratiske paradigme i forhold til sundhedsundervisning. I det moraliserende paradigme er der fokus på adfærd/ livsstil, sundhed betragtes som fravær af sygdom og der er tale om et lukket sundhedsbegreb, hvor målet med undervisningen er adfærdsændringer. I det demokratiske paradigme sættes fokus på at øge den enkeltes handlekraft ud fra et åbent sundhedsbegreb, der har fokus på både livsstil og levevilkår og hvor sundhed også indeholder en livskvalitetsdimension (Jensen B.B. 2000 a). Begreberne uddybes yderligere i kapitel 7

2002,2003) med udgangspunkt i Bjarne Bruun Jensen's begrebsapparat (Jensen, B.B. 2000a) Med disse opgaveformuleringer i lov og retningslinier må der dermed også videnskabsteoretisk tages forskellige afsæt i planlægningen og udførelsen af arbejdet.

Det naturvidenskabelige videnskabsteoretiske grundlag er siden lovændringen i 1983 (Sundhedsstyrelsen 1983) tilføjet dels et hermeneutisk-fænomenologisk indhold, dels et mere socialkonstruktivistisk og samfundsorienteret indhold i forhold til det oprindelige positivistiske udgangspunkt, som er beskrevet ovenfor. Anne Lichtenberg beskriver i sin afhandling (Lichtenberg 1998:105), hvordan sundhedsplejersker nu henter deres viden fra mange videnskaber og dermed også fra flere videnskabsteoretiske grundlag. Det hermeneutisk-fænomenologiske indhold i udøvelsen af faget bidrager til sundhedsplejens videnskabsteoretiske grundlag med sin subjekt-orienterede tilgang. Mennesket opfattes som placeret i en livsverden i en historisk, kulturel og social sammenhæng, og en forståelse af mennesket kræver tolkning i forhold den livssammenhæng, som vedkommende befinder sig i. At forstå kræver i denne videnskabsteoretiske tilgang, at man stiller sig åben og sætter sin forforståelse i spil, sådan som Gadamer forstod og udviklede teorien fra de tidligste fortolkningsteorier, der primært var knyttet til forståelsen af bestemte tekster som f.eks Iliaden og Odysseen. Gadamer søgte at udarbejde hermeneutikken fra en tekstfortolkningsmetode til en omfattende teori om menneskelig livserfaring, hvor det handler om at forsøge at bestemme forståelsens vilkår og veje i tilværelsen (Jacobsen et al. 1999:166) Når forforståelsen - via dialogen - sættes i spil, bevæger man sig frem og tilbage mellem sin egen og den andens forståelseshorisont, og i den ideelle situation vil der mellem sundhedsplejersken og barnet opstå et forståelsesfællesskab eller en horisontsammensmeltning, således at begges forforståelse er afgørende for deres samtale, og problemet derved bliver en fælles sag. (Sjørup Simonsen 2000:129 ff, Jacobsen et al 1999: 179). Dette videnskabsteoretiske grundlag finder jeg relevant for problemstillingen, hvorfor det bliver det væsentlige i forhold til sundhedssamtalens muligheder og begrænsninger.

Med et samfundsorienteret udgangspunkt og med udgangspunkt i sociologien, bliver det muligt via en socialkonstruktivistisk indfaldsvinkel at inddrage de samfundsmæssige faktorer, der er væsentlige bidrag til at kunne forstå begreberne ”svage og socialt udsatte børn”, som de anvendes i afhandlingen. Socialkonstruktivismen ønsker at afvise den opfattelse, at virkeligheden eksisterer uafhængigt af menneskers bestræbelser på at beskrive og erkende den, og ønsker samtidig at afvise, at der kun findes én (korrekt !) beskrivelse af virkeligheden. Socialkonstruktivismen baserer sig

således på, at fakta og kendsgerninger - og dermed viden - først opstår, når mennesker i fællesskab fastslår dem, eller får skabt enighed om teorien (Sjørup Simonsen 2000:117ff). Begreber forstås (i konsensus), fordi de bliver iagttaget fra samme udgangspunkt og synsvinkel. Derfor kan f.eks. socialrådgivere have et andet billede af ”svage og socialt udsatte børn” end sundhedsplejersken, og derfor kan det være så svært at blive enige om, hvad der er ”det rigtige” at gøre og hvilke børn, det er vi taler om⁴. Der er tale om forskellige konstruktioner af en social realitet.

Den samfundsorienterede videnskabsteori baserer sig grundlæggende på marxismen, men er i vore dage primært videreudviklet i sociologisk henseende af Pierre Bourdieu, Jürgen Habermas og Anthony Giddens. Giddens’ modernitetsprojekt (Kaspersen 1995:120) spænder fra en overordnet diskussion af samfundets institutioner og deres hastige forandring til den betydning, det har for det enkelte menneske og det gensidige samspil mellem udviklingen af de institutionelle og personlige forhold. Giddens’ modernitetsprojekt er udviklet på baggrund af hans strukturationsteori fra 1984, hvor Giddens anlagde et dualitetsperspektiv m.h.p. at udvikle og omdefinere grundlæggende sociologiske begreber. I teorien er grundtesen, at mennesker påvirker og påvirkes af strukturen i et gensidigt samspil. Dette dualitetsperspektiv er bærende for afhandlingen, og er bl.a. afgørende for valget af netop Bente Jensens bud på en kompetencematrix (Jensen, B 2001)

2.2 METODEMÆSSIGE OVERVEJELSER

Når man kigger på problemformuleringen og afhandlingens omdrejningspunkt virker det umiddelbart oplagt at undersøge problemstillingen v.h.a. kvalitative metoder, sådan som f.eks. Bente Jensen for nylig har gjort det i en lignende sammenhæng (Jensen, B 2002b). Det ville give værdifulde oplysninger at tolke og evt. metodeudvikle på, hvis der var mulighed for at undersøge, hvordan de børn, der er i fokus for afhandlingen, selv opfattede sundhedsplejerskens rolle i forhold til deres specifikke problemer. I den kvalitative forskningsproces søges forståelse fremfor forklaring, idet forskeren søger at udforske ukendt område m.h.p. at gøre nye opdagelser, og processer og

⁴ I artiklen ”Risikobørn i Danmark – status over en 10-årig indsats” bidrager Per Schultz Jørgensen (2002) til yderligere uddybning af gruppen og konstruktionen af denne, idet han i dag anser hovedrisikogrupperne for at være: omsorgssvigtede småbørn, bør med funktionsnedsættelser, børn af misbrugere, børn med anden etnisk baggrund, børn af psykisk syge, børn udsat for seksuelle overgreb, unge med dårlig sundhed. Sidstnævnte omfatter en stigende andel af gruppen af 11-15 årige, der oplyser om en sundhedsadfærd, der er udtryk for en forhøjet risiko i bred sundhedsmæssig forstand

betydninger er i fokus (Pedersen & Land 2001), hvilket er i god overensstemmelse med det hermeneutisk - fænomenologiske videnskabsteoretiske udgangspunkt, som blev præsenteret ovenfor. Indenfor samfundsvidenskaberne har der været bevægelser frem og tilbage - pro et contra kvalitative undersøgelser i forbindelse med samfundsforskning. Efter at have været voldsomt kritiseret i 60'erne, hvor de kvantitative metoder dominerede på baggrund af et stærkt positivistisk paradigme indenfor samfundsvidenskaberne, er de kvalitative metoder igen i de senere år blevet en accepteret videnskabelig analysetilgang.

I forbindelse med denne afhandling er der imidlertid flere faktorer, der gør sig gældende for, at det har været nødvendigt at bortvælge metoden. Dels er der et tidsmæssigt perspektiv at tage højde for, dels er der en etisk dimension at forholde sig til. Problemstillingens fokusering på de svageste børn gør det nødvendigt med en meget grundig praktisk forberedelse af interviews, alternativt fokusgruppe-interviews, men nødvendiggør også, at der skal være mulighed for at "samle op" på børn, som gennem et interview kan komme til at fortælle om personlige forhold, som berører dem dybt i en alder, hvor de udviklingsmæssigt er sarte og påvirkelige. Dette er der ikke er mulighed for med den korte tidsramme. Der skal være grundige overvejelser om kriterier for udvælgelse, og desuden er der en omfattende problematik med at orientere og inddrage forældrene, få deres tilladelse, efterfølgende opsamling og orientering osv., som også kræver meget tid. At lave kvalitative undersøgelser, hvor børn er involveret, kræver en særlig høj etik og ganske særlige forholdsregler, som jeg mener, ligger udenfor denne afhandlings rammer.

Jeg har 9 års erfaring som sundhedsplejerske, og jeg har i alle årene været ansat i samme kommune og været sundhedsplejerske på samme skole. For at udvide min forforståelse og få flere synspunkter på problemstillingen, har jeg interviewet 3 skole-engagerede kollegaer fra forskellige kommuner på Sjælland. Telefoninterviewet adskiller sig fra det personlige interview ved, at det alene baserer sig på verbal kommunikation, og ved at parterne indgår i en dialog uden at kunne se hinanden. Herved kan nuancer i svaret gå tabt, bl.a. fordi kropssproget ikke indgår som komponent. Intervieweren må desuden bevise sin legitimitet og værdien af sit projekt for at få den interviewede til at deltage (Andersen 2002: 228). M.h.p. sidstnævnte faktor har jeg i udvælgelsen af sundhedsplejersker benyttet mig af en medstuderendes kendskab til engagerede sundhedsplejersker i Frederiksborg

Amt, hvor en lang række skoler er med i netværket af ”Sundhedsfremmende Skoler”⁵. Alle jeg har spurgt har været interesserede og beredvilligt stillet sig til rådighed, min legitimitet er bevist ved at kunne henvise til medstuderende, som alle kendte. Interviewguiden findes som bilag I, og citater fra interviewene vil blive fremstillet, men ikke analyseret, relevante steder i afhandlingen. Det kan være en bias, at 2 af sundhedsplejerskerne kommer fra skoler, der er med i netværket af sundhedsfremmende skoler, men p.g.a. tidsrammen har jeg ikke været selektiv omkring, hvilke krav jeg skulle stille til de sundhedsplejersker, der ønskede at lade sig interviewe. Den medstuderende, som gav mig navnene tilhører desuden en anden faggruppe end min egen, hvorfor jeg antager, at hun ikke har ønsket, at nogle sundhedsplejeordninger skulle fremhæves fremfor andre. I forskningsmæssigt henseende ville det være relevant at interviewe sundhedsplejersker fra små og store kommuner, by og land m.h.p. at sikre repræsentivitet. Dette er ikke gjort i denne afhandling, da formålet med afhandlingen ikke er at undersøge sundhedsplejeordningerne i Danmark.

Som det fremgår, vil der ikke blive tale om egen empiri i denne afhandling, som i stedet vil blive funderet på andres empiri. Afhandlingens teoretiske fundament vil primært bestå af to ”hovedværker”, som vil blive bidrage til at belyse problemstillingen. Det drejer sig om Ina K. Borups ph.D afhandling ”Learning about Health” (Borup 2000) samt Bente Jensens udgivelse ”Kompetence og pædagogisk design” (Jensen, B 2002a). Bente Jensen (2002b) bidrager desuden til at trække relevante sundhedspædagogiske problemstillinger ind i forhold til afhandlingens målgruppe. Desuden vil centrale pointer fra min artikel på modul 3: ”Sundhedssamtalens didaktik og sammenhæng” (Poulsen 2003) indgå. Bjarne Brunn Jensen (Jensen, BB 2000a) og Steen Wackerhausens (Wackerhausen 2000) teori og filosofi vil være bærende i forhold til en diskussion om sundhedsbegreber og vil dermed bidrage til at belyse og perspektivere problemstillingen.

Til brug for analyse af settingperspektivet vil jeg introducere den såkaldte ”SWOT-analyse”, der inddrager et interessant perspektiv i analysen, og som bidrager til at vende svagheder (Weaknesses) til styrker (Strengths) trusler (Threats) til muligheder (Opportunities)⁶, når problemfelter skal analyseres.

⁵ WHO projekt, som i samarbejde med EU og Europarådet for alvor tog sin begyndelse i midten af 90’erne. Netværket udgøres af mere end 40 lande i Europa og Danmark var et af de første lande, der tilsluttede sig (Jensen, B.B. 2000 b)

⁶ SWOT analyseværktøjet er kendt fra organisationsteori, men jeg har i flere sammenhænge anvendt den også på sundhedsplejefaglige problemstillinger, når interessant analysen var væsentlig for belysning af problemet.

2.3 SAMMENFATNING

Videnskabsteoretisk vil jeg således søge at indfri undersøgelsens formål via et hermeneutisk-fænomenologisk grundstandpunkt i forhold til den enkelte unge, mens jeg antager et samfundsorienteret, socialkonstruktivistisk udgangspunkt i forhold til settingperspektivet. Samlet har jeg formuleret det i følgende antagelse:

virkeligheden konstrueres af individer i interaktion med den sociale verden i ønsket om at forstå deres virkelighed,

hvilket således bliver det videnskabsteoretiske udgangspunkt for afhandlingen, hvor dualitetsperspektivet vil være det gennemgående tema.

Metodisk er afhandlingen konstrueret omkring andres undersøgelse, m.h.p. via analyse af deres teorifremstilling og begrebsdannelse at kunne bidrage til ny viden, perspektivering og kvalificering af den regelmæssige sundhedssamtale i skolen med fokus på de svageste og socialt udsatte elever. Desuden vil der i konklusionen og perspektiveringen indgå overvejelser om øvrige sundhedspædagogiske aktiviteterets betydning . For at kunne fortolke udover min egen forforståelse, har jeg valgt at interviewe 3 kollegaer fra andre kommuner om deres syn på skolesundhedsplejens muligheder og begrænsninger i forhold til den udvalgte gruppe børn og om de ”politiske vinde” i deres respektive kommuner m.h.p. perspektivering i forhold til settingbegrebet ud fra en policysynsvinkel.

KAPITEL 3: Centrale begreber

Sundhedssamtale: der refereres til den lovbestemte ”regelmæssige kontakt” m.h.p. på afdækning af almene og individuelle sundhedsmæssige problemer hos skolebørn. I de medfølgende retningslinier er denne lovformulering omskrevet til begrebet ”sundhedssamtale” (Sundhedsstyrelsen 1995: 29, 52). En sundhedssamtale skal tilrettelægges således, at den ”..danner grundlag for en systematiseret vurdering af barnets/ den unges sundhedstilstand og for sundhedsvejledning alt efter barnet / den

Analyseværktøjet beskrives som ”et forholdsvis groft , men meget praktisk orienteret stykke værktøj” ,der kan anvendes til at vurdere stærke og svage sider ved en eksisterende strategi i forhold til de forandringer, der sker i organisationens omgivelser, herunder også til at vurdere strategiens relevans og dens muligheder for at håndtere sådanne udfordringer. (Bakka & Fivesdal 1994 :228). Tones & Tilford (2001) beskæftiger sig settingbegrebet på såvel individ- som organisationsniveau, og betoner vigtigheden af valg af strategi førend valg af metode, hvorfor jeg finder denne analyse model anvendelig (2001:xix,195)

unges behov” (ibid:33). I den regelmæssige kontakt ligger implicit fortsat en række screeninger. Typisk er der lokalpolitisk tildelt ressourcer, der svarer til 20-30 minutter / elev / år til disse opgaver⁷. Se også fodnote 1. Sundhedssamtalen vil blive behandlet i kapitel 5

Sundhedspædagogiske aktiviteter: aktiviteter, der via teoretisk viden om almen pædagogik og specifik viden om sundhed og sygdom og et defineret sundhedsbegreb sætter den enkelte eller grupper i stand til at handle i forhold til egen sundhed og trivsel. I denne afhandling ser jeg således bort fra opgaver som f.eks. at sidde i skolens sundhedsråd eller kantineudvalg – opgaver, der også kan indgå i sundhedsplejerskens prioriterede opgaver på skolen, og som også kan betragtes som sundhedspædagogiske aktiviteter. Eksempler på sundhedspædagogiske aktiviteter vil blive fremstillet i kapitel 5

Svageste og socialt udsatte skolebørn: afhandlingen omfatter unge fra 6. – 9. klasse og beskæftiger sig både med unge, som er socialt udsatte, d.v.s. som kommer fra familier, der bl.a. er karakteriseret af ringe indkomst, lav social status og med mange psykosociale problemer, og med unge som har lavt selvværd og selvtillid, som udtrykker mistrivsel implicit og eksplicit. Gruppen refereres også ofte til som truede børn og unge. Der henvises også til fodnote 3

Kompetenceudvikling: begrebet anvendes i den brede forstand, som Bente Jensen (Jensen 2002a) anvender det. Det betyder, at begrebet omhandler såvel funktions- og handleevner (præstationer), som de mere personlige kompetencer (potentialer), der knytter sig til identitetsdannelsen. Bente Jensen refererer til disse kompetencer som h.h.v. kompetencer i bredden og i dybden, en terminologi jeg også vil anvende.

Sundhedsfremme: er den proces, der gør mennesker i stand til at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand (Ottawacharteret 1986). Sundhed defineres udfra det brede, positive og åbne sundhedsbegreb, der omfatter såvel livsstil som levevilkår, hvor sundhed både omfatter fravær af sygdom og en velværekompont samt evnen til at handle (WHO 1994⁸, Jensen, BB 2000a:203, Wackerhausen 2000:60). Sundhedsbegreber vil blive behandlet i kapitel 7. I denne afhandling fokuserer jeg på trivsels- og velværekomponten, når jeg anvender begrebet sundhedsfremme i forhold til de svageste og socialt udsatte, ligesom handlekomponenten er væsentlig. Sygdoms- og

⁷ dette minuttal er ikke officielt, idet ingen kommuner udregner ydelserne på denne måde. Det er det minuttal, der er pr. elev i København. Uofficielt ligger niveauet der. Hos to af de tre interviewede kollegaer er billedet det samme. Kun sundhedsplejerske B har mere tid, men har også prioriteret skolesundhedsplejen højt, hvilket fremgår af citaterne.

⁸ WHO's definition af sundhed har siden 1947 lydt stort set uændret: Sundhed er et fuldstændigt stadium af fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom (WHO 1997)

screenings delen af sundhedsplejerskens arbejde er ikke uvæsentlig, men det er ikke disse opgaver, der bliver genstand for undersøgelse i denne afhandling.

KAPITEL 4: Settingbegrebet

I dette kapitel vil settingbegrebet blive introduceret udfra Tones & Tilford (2001), idet deres tilgang til begrebet er i sammenhæng med det socialkonstruktivistiske udgangspunkt, denne afhandling indtager. Med Ottawacharteret (WHO 1988) som reference begrundes jeg skolen som setting, og præsenterer en række spørgsmål, der er nødvendige at stille og forholde sig til, førend det er muligt at arbejde i forhold til et settingperspektiv. Kapitlet indeholder præsentation af en analysemodel til diskussion og mulig afklaring af interessenkonflikt problematikken. Kapitlet afsluttes med en perspektivering udfra en modernitetsanalyse, sådan som Anthony Giddens (1991) præsenterer det.

4.1 SKOLEN SOM SETTING

Tones & Tilford (2001:199) betragter settings som socialt konstruerede enheder, der har en socialiserende funktion, idet en setting søger at forme deltagerens adfærd på såvel individ- som organisationsniveau. Processen kan være både restriktiv og konservativ, men også være radikal, kreativ og frigørende. De argumenterer for, at sundhedsfremme bør være optaget af at være radikal og frigørende, og de tager hermed også politisk stilling til de politiske aspekter omkring begrebet. Tones & Tilford analyserer og diskuterer settingbegrebet og ”health promotion” i forhold til WHO og med udgangspunkt i Ottawacharteret, hvilket således også er mit udgangspunkt i afhandlingen.

Ottawa charteret’s erklæring om, at

”health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, play and love” (WHO 1988)

gør skolen til en oplagt setting. Ottawacharterets intention er at flytte fokus fra individet til den komplekse virkelighed, individet befinder sig i. Jeg betragter skolen som et socialt konstrueret sted, hvor bestemte værdier præger, og hvor bestemt stof udvælges til at danne grundlag for undervisningen mhp socialisation til det omgivende (lokal)samfund. I enhver kultur er børns og unges helbred og sundhed særdeles vigtig, og skolen er sted, hvor sundhedsundervisning har et godt

potentiale for at udvikle sig. Skolen er en del af den sociale, kulturelle, politiske og økonomiske sammenhæng, hvori sundhedsfremme med Ottawacharterets ord bl.a. kan og skal finde sted.

Tones & Tilford (2001:200) påpeger, at der er 5 vigtige spørgsmål at stille sig, inden man tænker sundhedsfremme i et settingperspektiv. De finder, det er nødvendigt at forholde sig til:

- hvordan man får adgang til målgruppen;
- hvilke grundantagelser (filosofier/værdier) præger settingen;
- hvilken grad af forpligtelse der findes i settingen;
- hvor troværdig er institutionen og de undervisere, som settingen udgøres af
- hvor kompetente er underviserne i forhold til opgaven?

Disse 5 spørgsmål kan lede til følgende overvejelser i forhold til sundhedsplejerskens opgaver, når jeg betragter hende som en del af en setting. Umiddelbart kan det synes som om, sundhedsplejersken via den regelmæssige sundhedssamtale har adgang til alle, men er denne adgang ikke blot en formel adgang, snarere end en reel adgang? Hvilke konstruktioner har skolens forskellige interessenter af fænomenet "sundhedsplejerske", og hvilken betydning får det for samarbejdet? Er der overhovedet sammenhæng mellem skolens filosofi og værdigrundlag, og den filosofi og det værdigrundlag sundhedsplejersken repræsenterer?. Skolens ansatte og sundhedsplejersken repræsenterer flere forskellige uddannelseskulturer og er ofte ansat i forskellige forvaltninger, der også kan have forskelligt værdigrundlag. Er sundhedsplejersken en troværdig samarbejdspartner, og besidder hun de kompetencer, skolen efterspørger, i forhold til den konstruktion, den enkelte skole udgør bl.a. via sit værdigrundlag? Hvor troværdig er hun f.eks og hvor forpligtet føler hun sig som samarbejdspartner, hvis hun ikke interesserer sig specielt for skolesundhedspleje, men har måttet tage det "med i købet", fordi den ledige eftertragtede stilling også indebar skolesundhedspleje? "*ikke alle brænder lige meget for det*" (citater sundhedsplejerske A). Disse spørgsmål kan være guidelines for sundhedsplejersken, når hun gennem sundhedssamtalen og sundhedspædagogiske aktiviteter skal arbejde for at "*...barnet skal blive tiltagende selvstændigt og i skoleforløbet gradvist skal lære at tage vare på sin egen sundhed som ung og voksen*" (Sundhedsstyrelsen 1995 :35) Det kan hun ikke alene, og hun må derfor nødvendigvis samarbejde og indgå i skolens liv. Sundhedsplejersken påvirker og påvirkes af skolen i et gensidigt samspil, hvor ingen står "over" hinanden. Settingen udgør således på samme tid en mulighed og en

begrænsning, det er nødvendigt at forholde sig til, hvilket jeg vil vende tilbage til i afsnit 4.3, som omhandler interessenkonflikter.

4.2 SUNDHEDSPLEJERSKEN SOM EN DEL AF EN SETTING

Som tidligere beskrevet har projektet ”Den Sundhedsfremmende Skole” fået stor tilslutning i Europa. Hver skole opfatter jeg som en konstrueret setting i henhold til Tones & Tilfords definition. M.h.p. på at vurdere sundhedsplejerskens rolle i allerede beskrevne settings, er det ved gennemlæsning af rapporter om arbejdet i de sundhedsfremmende skoler slående, hvor fraværende sundhedsplejersken er i beretningerne (Jensen, BB. 2000b, Nielsen, Theilgaard & Jensen 2002). Det er naturligt at betragte sundhedsundervisning som lærernes ansvar, men i et dualitetsperspektiv, som der er lagt ned over denne afhandling kan det undre, at sundhedsplejerskens (og det øvrige sundhedspersonales) faglige ekspertise samt deres erfaringer og viden om skolens elever ikke inddrages i planlægningen og undervisningen i langt højere grad, end jeg har fundet, det har været tilfældet. Sundhedsplejerskerne skal i et dualitetsperspektiv ses som medskabere af betingelserne, så et fravær af sundhedsplejerskerne i beretningerne kan og skal måske også søges blandt sundhedsplejerskerne selv.

Bremberg (1998) fremfører en argumentation, der måske deles af mange andre (formentlig også af sundhedsplejersker jf. ovenstående), og som kan bidrage til at forklare ovenstående undren. Han mener, at ansvaret for at forbedre elevernes sundhedstilstand ligger i undervisningssektoren. Sundhedssektoren bør bidrage med regelmæssig afrapportering vedr. de unge menneskers sundhedstilstand og med at udarbejde en slags arbejdspladsvurdering m.h.p. at medvirke til at sikre trivsel i skolen, hvilket han ser som en væsentlig sundhedsfremme faktor. Sidstnævnte kan jeg ikke være uenig med Bremberg i, men jeg mener, at han med sin ”arbejdsfordeling” er med til at fastholde et naturvidenskabeligt syn på de ansatte i sundhedssektoren. Jeg mener imidlertid at, sundhedsplejersken har langt mere at byde på end det, Bremberg fremfører her. Netop i forhold til netop den gruppe unge, som har hans særlige bevågenhed, nemlig de svageste, som også denne afhandling beskæftiger sig med, vil jeg fastholde, at sundhedsplejen har værdi og bør tage ansvar, både i forhold til undervisning og via sundhedssamtalen. Jeg mener således ikke, at der skal være den opsplnitning i opgaver, som Bremberg argumenterer for, men snarere at samarbejdet omkring sundhedsfremme i et settingperspektiv på en skole, skal være langt mere omfattende.

Hvis man opsplitter opgaverne, som Bremberg beskriver det, mener jeg, der er risiko for, at sundhedspersonalet af de øvrige interessenter på skolen, fastholdes i et moraliserende paradigme sådan som Bjarne Bruun Jensen har defineret det (se fodnote 2, s. 6). Jeg finder, der i en sundhedsfremme tankegang er en risiko ved at lave ”afrapporteringer” og arbejdspladsvurderinger i lighed med det, Bremberg fremfører. Sådanne undersøgelser kan medvirke til at gøre de unge til objekter, som kan blive bærere af statistisk materiale og blive udset til at være mål for overtalelse til livsstils- og adfærdsændringer, som er åbenbart v.h.a. en ”diagnosticering” af skolens (dvs elevernes) samlede sundhedstilstand ud fra udvalgte parametre, snarere end af det enkelte individs særlige behov, ønsker og visioner.

Wenzel (1997) fremfører bl.a. dette synspunkt, og kritiserer settingbegrebet for at være ”gammel vin på samme flaske, men med ny etiket” (min metafor) . Han opstiller i stedet et setting perspektiv, der indebærer, at der virkelig *sker* noget mellem mennesker, idet han i artiklen fremhæver den interaktion, der foregår, når det er meningsfyldt at være tilstede sammen. I et sådant settingperspektiv tages der afstand fra det naturvidenskabelige teoretiske grundlag, og i sundhedssamtalen bliver der mulighed for sundhedsplejersken at bevæge sig ind i den fænomenologiske-hermeneutiske forståelseshorisont *sammen med* de(n) unge. Det er et sådant perspektiv, der refereres til, når sundhedsplejerske A: ”*tror på grupper...*” (citater) som det, der gør en forskel, og når sundhedsplejerske B siger, at sundhedsplejerskens største force er, at ”*hun tør være tilstede...*” og at ”*vi er gode til kommunikation og til at være åbne*” og ”*f.eks spørger sygeplejestuderende mig ofte om, hvordan jeg dog kom til at spørge om det og det... det kan vi som sygeplejersker*”⁹. Jeg finder også, at det er dette perspektiv, der træder frem, når man som sundhedsplejerske f.eks støtter op om en gruppe overvægtige unge, der har valgt at gøre en forskel *sammen*. Wenzels settingperspektiv udvider således Tones & Tilfords settingbegreb, idet han lader det relationelle træde frem, ligesom jeg også finder, at dualitetsperspektivet træder frem. I et sådant perspektiv er man ikke determineret af andre eller af omgivelserne, men man er medskabere af sine betingelser, som samtidig er med til at skabe én. Endelig mener jeg, i modsætning til Bremberg, at sundhedsplejersken kan bidrage til undervisningen via sin sundhedsfaglige viden og kompetence,

⁹ Disse citater dokumenterer ikke alene den hermeneutiske-fænomenologiske forståelseshorisont, men skal alene ses som sundhedsplejerskerne oplevelser af, at der sker ”noget” mellem sundhedsplejersken og den unge. Jeg finder det dog ikke relevant at analysere nærmere på disse udsagn, idet afhandlingen ikke er baseret på analyse af kvalitativ art, som beskrevet i kapitel 2

men hun bør kvalificeres pædagogisk i sin videreuddannelse, så hun bliver i stand til at indgå i sundhedsfremmearbejdet på lige fod med skolens lærere. Dette sidste vil jeg vende tilbage til i kapitel 5

4.3 INTERESSENT KONFLIKTER

En skole er en kompleks setting med mange interessenter som nævnt tidligere, og der er adskillige barrierer at overvinde, førend det bliver naturligt at samarbejde bredt om sundhedsfremme i folkeskolen. Tones & Tilford (2001:210) fremhæver, at det er nødvendigt at samarbejde og forene de forskellige interesser, men også at der er en fare for, at sundhedsfremmerne allierer sig med de mest magtfulde for at få adgang til målgruppen, som i denne afhandling er de svageste unge. De magtfulde findes på alle niveauer af systemet og kan f.eks være embedsmænd, ledere af såvel sundhedsplejeordningen som af skolen eller kollegaer. Ved at alliere sig med de magtfulde kan man risikere at opnå et ambivalent eller endog fjendtligt forhold til majoriteten, som kan have helt andre interesser end det sundhedsplejersken er optaget af. Majoriteten udgøres f.eks af eleverne, lærerkollegiet eller forældrekræden. Disse kan opstille helt andre krav til sundhedsplejersken, end at hun beskæftiger sig med sundhedsfremme og mestring i forhold til de relativt få svage og udsatte elever på skolen. De mener måske snarere, at skolepsykologen eller lærerne i specialcentret skal tage sig af disse elever, hvilket kan begrundes i, at de har et læringsteoretisk perspektiv på den unges problemer, snarere end f.eks det socialpsykologiske perspektiv, som kan være sundhedsplejerskens. Majoriteten kan i stedet have en forventning om og en interesse i, at sundhedsplejersken ”blot” måler og vejer alle børn, at hun sikrer sig, at de kan se og høre, og i øvrigt kan hun gå rundt i klasserne og tjekke for lus i sæsonen. Hvis der blandt majoriteten er en sådan opfattelse og konstruktion af fænomenet ”sundhedsplejerske”, kan det for sundhedsplejersken synes nødvendigt at alliere sig med de magtfulde for at kunne opfylde egne mål for sundhedsfremme, og det kan blive nødvendigt at arbejde med skjulte dagsordener, hvilket ikke er i nogens interesse. I en sådan situation skabes der ikke viden via dialog i et fællesskab, sådan som den socialkonstruktivistiske indfaldsvinkel beskriver vidensdannelse - der skabes i stedet forskellige konstruktioner af den sociale realitet, som den svage og udsatte unge repræsenterer. Dualitetsperspektivet træder heller ikke frem; det risikerer at blive en interessekamp, hvor de svageste børn og unge bliver taberne.

Med henblik på at undgå sådanne alliancer, som Tones & Tilford advarer mod, kan det være en mulighed at planlægge fælles sundhedsfremme initiativer med udgangspunkt i en tillem্পning af den såkaldte SWOT analyse (Bakka & Fivesdal 1994:228). Udgangspunktet for en SWOT analyse er, udfra et strategisk udvalgt emne at opliste samtlige interessenter. På en skole er det typisk: de(t) politiske udvalg, embedsmænd i forvaltningen, skoleledelse, lærere, skolebestyrelse, forældre, elevråd, elever, kommunelæge, ledende sundhedsplejerske, skolens sundhedsplejerske, skolepsykologen, talepædagogen og evt. tandlæge. De relevante interessenter opstiller herefter sin egen SWOT analyse, der i skemaform giver overblik over hvilke styrker og svagheder, muligheder og trusler, der vil være ved at sætte et strategisk valgt sundhedsfremme emne på skolens dagsorden. SWOT analysen gør interessenternes synspunkter synlige for alle implicerede, og jeg mener, det er et brugbart udgangspunkt m.h.p. at forebygge den risiko, Tones & Tilford fremhæver i forhold til interessentkonflikter.

Skemaet er her fremstillet frit efter Bakka & Fivesdal (1994:229):

Styrker (<u>S</u> trengths)	Svagheder (<u>W</u> eaknesses)
←	←
Muligheder (<u>O</u> pportunities)	Trusler(<u>T</u> hreats)
←	←

I en samarbejdssituation vil hver interessent(gruppe) få til opgave at udfylde felterne udfra en given problemstilling, og opgaven lyder primært på at vurdere, hvordan svagheder kan vendes til styrker, og hvordan trusler kan vendes til muligheder. Som eksempel er det ved at forholde sig til denne afhandlings problemformulering en svaghed, at sundhedsplejersken kun er få timer på skolen om ugen, og at hun har mange andre opgaver at løse, udover at varetage børn og unge med særlige behov. Denne svaghed kan vendes til en styrke, hvis hun og de øvrige interessenter (f.eks skoleleder, lærere og sundhedsplejerskelederen) er helt klar over og enige om, hvilke opgaver hun skal løse, hvilke opgaver, der *ikke* bliver løst, og endelig på hvilken måde problemerne skal løses, *når* hun er der. Jeg mener, at en tydelig prioritering og afgrænsning af arbejdsopgaverne er en styrkelse. Truslen er, at ikke alle på skolen (og interessenter på andre niveauer) er klar over, hvad

hun egentlig laver, og derfor kan modarbejde hendes sundhedsfremme arbejde i forhold til de svageste, ved f.eks. at fastholde et rent læringsteoretisk eller adfærdsfokuseret perspektiv på den unges problemer. Muligheden i forhold til denne trussel bliver for sundhedsplejersken at gøre sig selv, sine værdier og kompetencer synlige i udviklingsplaner, på Pædagogisk Råds møder, i tværfagligt samarbejde og andre relevante steder, som f.eks. det politiske niveau. Når samtlige relevante interessenter forholder sig til en fælles problemstilling bliver det via SWOT analysen og de efterfølgende diskussioner og prioriteringer muligt at gøre sundhedsfremme til en fælles sag med et fælles udgangspunkt ud fra en given strategi.

4.4 SETTINGBEGREBET I ET MODERNITETSPERSPEKTIV

Anthony Giddens skriver allerede i indledningen i bogen ”Modernitet og selvidentitet” (Giddens 1991: 9), at et af modernitetens særlige træk er en stadig stærkere gensidig forbindelse mellem de to ”ekstremer” ekstensionalitet og intentionalitet; nemlig de global påvirkninger på den ene side og de personlige dispositioner på den anden side. Denne gensidige forbindelse er også at finde i forhold til sundhedsfremme og betydningen af sundhedsfremme i et settingperspektiv. Når jeg betragter sundhed som et bredt åbent og positivt begreb¹⁰, der indbefatter såvel fravær af sygdom som følelsen af velvære, og hvor livsstil og levevilkår er ligeværdige faktorer, bliver det åbenlyst at de to ekstremer også gør sig gældende i dette forhold. Vi er individer med personlige fysiske, psykiske og sociale dispositioner, muligheder og begrænsninger samtidig med, at der globalt sker en påvirkning af vores sundhed i form af f.eks. forurening, gensplejsede fødevarer, politiske beslutninger af global betydning, markedsøkonomi osv. Giddens’ udgangspunkt er, at vi i den moderne verden kan ”løftes ud” (udlejres) af lokale og tilsyneladende bundne sammenhænge, idet sociale relationer kan konstrueres på tværs af tid og rum – et fænomen Giddens kalder ”*disembedding*” (Giddens 1991: 11,30) og som også kan beskrives som en social åbenhed set i forhold til traditionelle bindinger. Giddens beskriver, at der findes to typer af udlejningsmekanismer: ”symbolske tegn” (eksemplificeret ved penge) og ”ekspertsystemet”, som anvender en teknisk viden, der har gyldighed uafhængigt af de praktikere og de klienter, der gør brug af det. Ekspertsystemer gennemtrænger stort set alle aspekter af det moderne liv, idet alle områder af hverdagslivet efterhånden ophøjes til ekspertområder. Der lyttes f.eks. ikke længere meget til gode, gamle husråd,

¹⁰ dette uddybes i kapitel 7.

men primært til eksperter¹¹ og i forhold til de svageste unge er det påfaldende, hvor mange eksperter, der er på banen, uden at man dermed nødvendigvis får løst problemerne.¹²

Settings kan således også betragtes som en arena, hvor ekspertsystemet træder til og gør sig uundværlig, sådan som Mittelmark (1997) hævder i sin kritik af Wenzel. Mittelmark mener, at de akademisk uddannede sundhedsfremmere er selvskrevne til at være førende i debatten om og udviklingen af sundhedsfremme, hvormed han lægger sig fint i sporet af Giddens modernitetsanalyse. Med dette synspunkt mener jeg, at Mittelmark nærmer sig et naturvidenskabeligt lignende paradigme for akademisk uddannede sundhedsfremmere, der som et ekspertsystem har gyldighed uafhængigt af de mennesker, der gør eller helst skulle gøre brug af det. Jeg finder imidlertid, at det som almindelig borger kan blive vanskeligt at få medejerskab af sundhedsproblemerne; dermed bliver det også vanskeligt at udvikle visioner og udvise det nødvendige vigtige engagement i forhold til at løse egne sundhedsproblemer, hvilket for mig er væsentligt, når jeg tager udgangspunkt i et dualitetsperspektiv.

Det gensidige samspil mellem udviklingen af de institutionelle og personlige forhold får betydning, når sundhedsplejersken som institutionelt ”ekspertsystem”, udsendt af staten, får en særlig opgave at interesse sig for ”..børn og unge med særlige behov..” (Sundhedsstyrelsen 1995: 34,52), hvor de sociale relationer, og dermed de personlige forhold, er af afgørende betydning for den unge. Uanset hvor dygtig en samtalepartner sundhedsplejersken er i forhold til den unge, er hun stadig en institutionel komponent i det moderne samfund, og det kan aldrig blive et personligt forhold, skønt det måske baserer sig på dybt personlige forhold. Kendskab til personlige forhold får således betydning for, hvordan det institutionelle element (sundhedsplejersken) forholder sig til den enkelte i et gensidigt samspil. Sundhedsplejersken er på den ene side en fortrolig samtalepartner for de unge, og på den anden side statens udsending med underretningspligt og særligt ansvar i forhold til lovgivningen, og denne balancegang finder jeg er en udfordring især i forhold til afhandlingens målgruppe, der har måske har mødt mange eksperter allerede. Jeg vil senere vende tilbage til

¹¹ et eksempel på dette er indenfor sundhedsplejen er radioprogrammet ”Far, mor og børn” med sundhedsplejerske Sigrd Riise, hvor forældre og bedsteforældre søger ekspertråd om dagligdags problemer

¹² et opgør med dette er måske på vej med metoden ”Familierådslagning”, hvor familien trækkes ind som ressourcepersoner, og hvor de professionelles vigtigste opgave groft sagt er at holde sig i baggrunden og støtte familien i at løse problemerne selv.

Anthony Giddens, men vil nu efter en sammenfatning af pointer fra dette kapitel vende mig mod sundhedssamtalen og andre sundhedspædagogiske aktiviteter.

4.5 SAMMENFATNING

I dette kapitel har jeg diskuteret settingbegrebet udfra en betragtning om, at skole-sundhedsplejersken er en del af settingen ”en skole”. Der er lagt vægt på interessenkonflikt problematikken og nødvendighed af samarbejde, og der er præsenteret en analysemodel, der kan anvendes til konstruktive drøftelser af interessenkonflikter i settingen. Jeg har tilsluttet mig et settingbegreb, der kan karakteriseres som relationelt. Jeg har problematiseret og diskuteret settingbegrebet i et modernitetsperspektiv med vægt på diskussion af ekspertsystemer, som har gyldighed uafhængigt af de mennesker, der helst skulle gøre brug af det og endelig har jeg diskuteret sundhedsplejerskens placering i spændingsfeltet mellem de institutionelle og de personlige forhold i relation til de svageste og socialt udsatte unge.

KAPITEL 5: Sundhedssamtalen og andre sundhedspædagogiske aktiviteter

I dette kapitel præsenterer jeg sundhedssamtalen udfra ”Lov om forebyggende sundhedsordninger” (Sundhedsstyrelsen 1995). Derefter kommer et afsnit om målgruppen for denne afhandling, baseret på Bente Jensens bog ”Sundhed og sårbarhed” (Jensen, B. 2002b). Udfra Ina K. Borups afhandling ”Learning about Health (1999) begrundes jeg sundhedssamtalens betydning i forhold til afhandlingens målgruppe, de svageste og socialt udsatte unge. Sundhedssamtalen diskuteres i et settingperspektiv i forhold til en kritik af Borups afhandling og udfra forhold diskuteres i kapitel 4, og belyses derefter i et didaktisk perspektiv. Kapitlet afsluttes med en præsentation af andre sundhedspædagogiske aktiviteter.

5.1 SUNDHEDSSAMTALEN - en præsentation i forhold til lov og retningslinier

Udover screenings- og funktionsundersøgelser, som typisk befinder sig indenfor et mere snævert og lukket sundhedsbegreb, er der i ”Lov om forebyggende sundhedsordninger” (Sundhedsstyrelsen 1995) angivet, at sundhedsplejersken skal varetage den sundhedspædagogiske indsats vedrørende almen sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse. Sundhedssamtalen er en del af denne opgave, og den er en kerneydelse for sundhedsplejersken, idet den skal tilbydes regelmæssigt (se i øvrigt fodnote 1, s. 4). Formålet med samtalen er at afdække den unges sundhedstilstand m.h.p. sundhedsvejledning efter den enkeltes behov. I en systematiseret samtale tages udgangspunkt i

indsamlede data fra forældre, lærere og den unge selv, og sundhedsmæssige problemer, der kan give anledning til vanskeligheder i forskellige sammenhænge forsøges opsporet. I samtalen lægges op til et bredt, åbent og positivt sundhedsbegreb¹³, som vil blive beskrevet og diskuteret i kapitel 6, hvor der også sættes fokus på den unges trivsel og på deltager-medbestemmelse. Det pædagogiske mål er bl.a. at øge den unges handlekompetence, hvilket jeg vil diskutere i kapitel 6, mens dialog om sundhedsfremme og handlinger knyttet hertil er sundhedsfaglige mål. Som tidligere nævnt er der i den seneste lov betonet en særlig indsats i forhold til børn og unge med særlige behov (Sundhedsstyrelsen 1995: 34,62), hvor især det tværfaglige og sektorielle samarbejde betones, ligesom der lægges vægt på samarbejdet med familien.

5.2 LEARNING ABOUT HEALTH – Ina K. Borups afhandling. Præsentation og diskussion

5.2.1 præsentation

Ina K. Borups afhandling (1999) er udarbejdet på baggrund af en interesse for skolesundheds-tjenestens udvikling siden 1983, hvor visse screeningsundersøgelser gled ud til fordel for sundheds-samtalen, sådan som det er beskrevet i indledningen på side 1. Formålet med afhandlingen er at beskrive og analysere elevernes oplevelser af at lære om sundhed og deres selvopfattede udbytte af sundhedssamtalen. Afhandlingen baserer sig på spørgeskemaer fra mere end 4000 elever fra 5., 7. og 9. klasse, der i 1994 besvarede et anonymt spørgeskema som led i WHO koordineret undersøgelse¹⁴. Den teoretiske ramme for afhandlingen er sundhedsfremmeprincipper, empowermentstrategier¹⁵ og eksperimental læringsteori¹⁶. Afhandlingen er udarbejdet efter følg-

¹³ Det skal bemærkes, at sundhedsbegrebet ikke er defineret i lov og retningslinier

¹⁴ Det drejer sig om HBSC undersøgelsen (Health Behaviour in School-aged Children), som er en undersøgelse om de 11-15 åriges sundheds og sundhedsvaner. Undersøgelsen er gennemført i alt 5 gange op gennem 1980'erne og 1990'erne, senest i 1998 (Rasmussen et al. 2000)

¹⁵ empowerment teorier og strategier vil ikke blive præsenteret og diskuteret i denne afhandling. Teorien baserer sig på Paulo Freires frigørende kritiske pædagogik og kan defineres således: Empowerment er en proces, hvor magt bliver udviklet, faciliteret eller stadfæstet med de formål, at underprivilegerede individer og grupper kan øge deres ressourcer, styrke deres selvbillede og opbygge evnen til at handle på egne vegne i psykologiske, sociokulturelle, politiske og økonomiske områder (Andersen et al 2000)

¹⁶ Ina K. Borup (1999:17) tager udgangspunkt i Kolb's læringscyklus, som jeg ikke vil komme nærmere ind på i afhandlingen, idet omdrejningspunktet er kompetenceudvikling og ikke læring. Der henvises i øvrigt til min artikel på modul 3 (Poulsen 2003), hvor jeg har beskæftiget mig med sundhedssamtalens didaktik. Konklusioner fra denne artikel præsenteres senere.

ende tre principper: For det første at sundhedsfremme retter sig mod problemer, som børnene definerer som vigtige, dernæst at sundhedsfremme involverer såvel almindelige borgere som eksperter, når der skal løses problemer og træffes beslutninger, og for det tredje princippet der udsiger, at sundhedsfremme virker mest effektivt, når det foregår i harmoni med den offentlige sundhedspolitik.

Sundhedssamtalen beskrives af Borup (2000:13) som en formel konversation mellem sundhedsplejersken og en eller flere elever omkring elevernes sundhed. Borup betoner her, at det er møde mellem deltagere, som er ulige i såvel alder som status, og at ansvaret for elevernes aktive deltagelse ligger hos sundhedsplejersken m.h.p. at betragte eleverne som deltagere i en dialog og ikke modtagere af information.

Afhandlingen konkluderer:

- at der er behov for fortsat udvikling af sundhedssamtalen med udgangspunkt i empowerment strategier, og at det er nødvendigt at kvalificere sundhedsplejerskernes viden om læringsteorier.
- at skolesundhedsplejen har en vigtig rolle at spille især i forhold til børn fra de lavere sociale klasser, idet undersøgelsen viser, at det udover de yngste og pigerne, er netop disse elever, der lærer mest af sundhedssamtalen
- at der skal skabes et kommunikativt rum for at kunne lære om sundhed. Det kommunikative rum skabes, når der med støtte fra omgivelserne skete et samspil eller en interaktion mellem kompetencer, autencitet og reflektiv åbenhed.
- at det er væsentligt, at sundhedsplejersken er tilgængelig på skolen, og at elever og ansatte på skolen må have en vis erfaring med og tillid til hende, førend de kan bruge hendes ekspertise.

Den første konklusion baserer sig især på det forhold, at en tredjedel af eleverne oplevede, at kvaliteten af sundhedssamtalerne ikke var god nok. Dette vil jeg vende tilbage til i næste afsnit. De øvrige konklusioner finder jeg i god sammenhæng med denne afhandlings problemformulering og teorigrundlag. Den anden konklusion viser, at der er god grund til at arbejde videre med at udvikle sundhedssamtalen i forhold til denne afhandlings målgruppe, idet de profiterer godt af denne sundhedspædagogiske aktivitet. Den tredje konklusion vil jeg beskæftige mig med i næste kapitel, hvor jeg præsenterer og diskuterer Bente Jensens kompetencematrix i forhold til sundhedssamtalen. Det kommunikative rum (Borup 1999:37) indeholder dualitetsperspektivet og er i tråd med det

hermeneutisk-fænomenologiske udgangspunkt, jeg har opstillet som videnskabsteoretisk præmis for selve samtalen. Borups undersøgelser viser, at etableringen af det kommunikative rum blev fremmet, når børnene fik mulighed for at vise deres kompetencer, og når de kunne komme til at bringe emner fra deres hverdagsliv op i samtalen. En vellykket samtale var betinget af mange faktorer, men var især afhængig af kvaliteten af det kommunikative rum og omgivelsernes støtte, som bl.a. hænger sammen med afhandlingens fjerde konklusion, som jeg i nedenstående vil diskutere i forhold til settingperspektivet.

5.3.2 Diskussion

Det kommunikative rum, som Ina K. Borup har fremanalyseret som værende særdeles væsentligt for en succesfuld¹⁷ sundhedssamtale, kan tage flere år at lære at skabe i dialogen med børnene. Tilgængelighed, erfaring, tillid og viden spiller ind i forhold til børnene /de unge, men også i forhold til den interessent analyse, jeg introducerede til på side 17 vedr. strategi for sundhedsfremme på en skole – det er nødvendigt at have interesse for hinanden, hvis sundhedsfremme skal lykkes. I Borups afhandling savner jeg imidlertid refleksioner over betydningen af de mange samarbejdspartnere / interessenter, og deres betydning for udviklingen af et kommunikativt rum, hvilket jeg også mener ville relevant i forhold til afhandlingens formål og de principper, den er udarbejdet efter. Borup skriver (1999:20), at While & Barriball fandt, at der er uoverensstemmelse mellem brugernes og de udenforståendes forventninger til sundhedsydelserne. Praktikerne udøver deres rolle så forskelligt, at de udenforstående og brugerne ikke vil kunne blive præsenteret for et sammenhængende billede af skolesundhedsplejerskens rolle. Derfor opstår der forvirring omkring forventningerne til hende, hvilket kan virke hæmmende på udviklingen af den tillid, som er fremanalyseret af Borup som værende væsentlig for, at de unge kan bruge hendes ekspertise. Dette mener jeg yderligere, begrundet i vigtigheden af, at sundhedsplejerskens arbejde altid udøves i samarbejde med skolens øvrige medarbejdere, og det belyser den tidligere diskuterede interessentkonflikt.

Borup fremanalyserer som nævnt ovenfor en model (Borup 1999: 37) med tre indholds-komponenter: kompetencer, autencitet og reflektiv åbenhed betinget af omgivelsernes støtte. Når disse betingelser er opfyldt og komponenterne tilstede skabes et kommunikativt rum, som Borup

¹⁷ En succesfuld sundhedssamtale bestemmer jeg her som en samtale, der bidrager til refleksioner og handlinger mhp sundhedsfremme for den enkelte

anser som en forudsætning for at kunne lave en vellykket sundhedssamtale. Jeg finder, at det er i dette kommunikative rum, at Wenzels (1997) relationelle settingbegreb, som jeg diskuterede på side 16, har gode muligheder for at udfolde sig. De kvalitative interviews viser (Borup 1999:36), at en sundhedssamtale blev vurderet som succesfuld, når sundhedsplejersken bestemte dagsordenen, indtil eleven tog over. Så var det ikke længere eksperten der talte, men mennesker, der talte sammen, sådan som Wenzel beskrev det. Hermed er vejen banet for sundhedsfremme, hvor sundhedsplejersken så kan bidrage med sin ekspertviden. Torben K. Jensen og Tommy Johnsen (2000:26) udtrykker det således: *"når de professionelle møder borgerne, skal der gøres menneskearbejde før ekspertarbejde"*. Det enkelte menneske er ekspert på sit liv, og ekspertsystemet, som jeg har diskuteret med reference til Anthony Giddens (1991) og Maurice Mittelmark (1997), må nødvendigvis træde tilbage, førend mennesket kan "komme til". Jeg mener også, det er det, der kommer til udtryk hos Steen Wackerhausen (2000:66), når han opstiller sine krav til den sundhedsprofessionelle om at være en kritisk- kærlig involveret og loyal modspiller og katalysator i den dialogiske proces, når man skal arbejde udfra hans åbne sundhedsbegreb. Jeg vil senere vende tilbage til Wackerhausen. Det kommunikative rum er således et begreb, jeg finder værd at holde fat i, idet der her kan skabes mulighed for den kompetenceudvikling, som jeg i denne afhandling er optaget af.

Imidlertid savner jeg i afhandlingens perspektivering, at Ina K. Borup forholder sig til de faktiske sundhedspolitiske forhold og prioriteringer. Borup skriver allerede i indledningen, at et af principperne for afhandlingen er, at sundhedsfremme virker mest effektivt, når det foregår i harmoni med den offentlige sundhedspolitik – et udsagn, der ligger i tråd med Tones & Tilfords "ligning" om at sundhedsfremme = sundhedsundervisning x offentlig sundhedspolitik (uddybes side 42). I perspektiveringen og anbefalingerne kan jeg imidlertid ikke finde noget om dette aspekt, hvilket undrer mig. Med 20- 30 min. pr. elev er lov og retningslinier umulige at efterleve, og jeg kunne have ønsket mig en kritisk stillingtagen til dette forhold i afhandlingen, også selvom det ikke som sådan var afhandlingens formål. Dette aspekt vil jeg vende tilbage til sidst i afhandlingen, mens jeg nu vil diskutere, hvilke muligheder og begrænsninger jeg ser for at kunne skabe det kommunikative rum i forhold til afhandlingens målgruppe

5.3 SUNDHEDSSAMTALENS DIDAKTIK OG SAMMENHÆNG

I min artikel på modul 3 ”Sundhedssamtalens didaktik og sammenhæng” (Poulsen 2003) har jeg beskæftiget mig med Borups konklusion vedr. det læringsteoretiske aspekt omkring sundhedssamtalen og argumenteret for, at grundige didaktiske overvejelser og planlægning af samtalerne kan øge de unges oplevede kvalitet af sundhedssamtalen. Artiklens videnskabsteoretiske udgangspunkt er konstruktivisme, og jeg tager afsæt i de læringsteoretiske overvejelser, jeg antager ligger implicit i ”Retningslinier for forebyggende sundhedsordninger” (Sundhedsstyrelsen 1995). Jeg argumenterer for, at sundhedsplejerskens opmærksomhed på samtalens perspektiver i forhold til sundhedsbegreber og på læring har betydning for at principperne i samtalen tydeliggøres, et aspekt der fremhæves for yderligere at øge den oplevede kvalitet af samtalen. Jeg foreslår, at sundhedssamtaler og screeningsundersøgelser foregår uafhængigt af hinanden, og jeg argumenterer for et øget samarbejde mellem sundhedsplejerske, klasselærer og elever m.h.p. at skabe sammenhæng og kvalitet, idet oplevelse af medbestemmelse omkring sundhedsundervisning og sundhedssamtaler af elevernes beskrives som en væsentlig faktor for den oplevede kvalitet af samtalen. Endelig pointerer jeg, i tråd med Borup (1999), at det er nødvendigt at opprioritere (sundheds) pædagogik på såvel sundhedsplejerskeuddannelsen, som ved planlægning af efteruddannelse af sundhedsplejersker i kommunerne. Sundhedssamtalen har et andet formål end sundhedsundervisningen, og sundhedsplejersken henter sin faglighed i sundheds- og sygeplejen og ikke i den pædagogiske virksomhed. I sine didaktiske overvejelser skal sundhedsplejersken huske på, at hun ikke er lærer, men netop en person med en anden faglig indfaldsvinkel til opgaverne – en vigtig pointe, som jeg mener det kun v.h.a. gode pædagogiske kompetencer er muligt at holde fast i og metodeudvikle i forhold til.

I artiklens perspektivering lægger jeg op til at diskutere kompetenceudvikling gennem sundhedssamtalen i et generelt perspektiv, mens jeg også er optaget af, hvordan jeg som sundhedsplejerske kan støtte de svageste elever, sådan som Bente Jensen (2002b) påviser det nødvendigt. Med ovenstående konklusioner og pointer har jeg imidlertid kun forholdt mig til den generelle sundhedssamtale, og ikke til sundhedssamtalen med de svageste og socialt udsatte unge. Som udgangspunkt er det tilbuddet til *alle* i skolen, der også giver sundhedsplejersken adgang til de svageste unge. Netop gennem at kunne tilbyde en sundhedssamtale af høj kvalitet udfra et defineret sundhedsbegreb og kendte præmisser, mener jeg det vil være muligt at kunne etablere en kontakt til målgruppen til yderligere behovssamtaler, hvor afsættet således kan være kompetenceudvikling

især med fokus på kompetencer i dybden – potentialerne, som jeg vil vende tilbage til i kapitel 6. Gennem de øvrige sundhedspædagogiske aktiviteter, som sundhedsplejersken prioriterer at deltage i, og som hun har haft grundige didaktiske overvejelser i forhold til, vil hun kunne præsentere sit sundhedsbegreb og invitere til dialog. Sundhedssamtalen kan og bør være et tilbud om samtale om sundhed som andet end fravær af sygdom, indtag af gulerødder og mælk samt syns- og høreprøve, men det kræver prioritering af opgaverne, et afklaret sundhedsbegreb, hvilket jeg vil diskutere nærmere i kapitel 7 og en kompetent sundhedsplejerske, som tør sætte sit eget sundhedsbegreb i spil, og som vil lade sig fagligt udfordre af alle skolens interessenter. Disse præmisser for at komme i dialog med de svageste og socialt udsatte unge kan som nævnt bl.a. imødekommes gennem andre sundhedspædagogiske aktiviteter, som jeg derfor vil introducere i næste afsnit

5.4 ANDRE SUNDHEDSPÆDAGOGISKE AKTIVITETER.

Som nævnt i indledningen finder jeg, at sundhedsplejen er under politisk pres, samtidig med at der i faglige kredse er mere og mere fokus på at udvikle skolesundhedsplejen. På de sidste faglige landskurser, som den faglige sammenslutning har afholdt har der været meget fokus på forskellige metoder, der anvendes i skolesundhedsplejen. De mest brugte introduceres her:

- Metoden ”Du bestemmer” er meget anvendt i skolesundhedsplejen landet over og henvender sig til elever i 8.-9. klasse, som frivilligt tilmelder sig samtaler med sundhedsplejersken baseret på denne metode. Metoden bygger på begrebet ”vurderingsfrihed”, d.v.s. det enkelte menneskes frihed til selv at kunne fastlægge sine ønsker og mål. Hensigten med metoden er således, at eleven afklarer sit eget forhold til begrebet sundhed og uddrager konsekvenserne af det. (Viftrup)
- Metoden ”Aktive vurderinger” bygger på den amerikanske John Deweys tanker om, at skolen bør fremme elevernes evne til at tænke kritisk og analytisk. Det er basalt set en pædagogisk metode til at indlede og fastholde samtaler om emner, der er forskellige holdninger til. I metoden indgår en række praktiske øvelser, som danner baggrund for samtalerne med og mellem deltagerne. Underviseren (sundhedsplejersken) indtager en rolle, som den der lytter og stiller åbne spørgsmål – hun optræder ikke som ekspert på området, men er igangsætter af tankeprocesser hos den enkelte m.h.p. at den enkelte styrkes i at foretage en aktiv vurdering og dermed et bevidst valg i forhold til egen sundhed. Foregår på klasseplan. (Byreus 2000)

- Metoden ”appreciative inquiry” (værdsettende og anerkendende undersøgelse) bygger på teorierne i systemisk tænkning, dvs at den unge ses som en del af de sammenhænge eller de systemer, han/hun indgår i. Udgangspunktet er, at når noget virker – så gør mere af det! Metoden er i sundhedspleje regi primært udviklet i forhold til mobning. Via værdsættelse og anerkendelsen er målet at hjælpe de involverede til at styrke deres relationer, selvværd og ansvarsfølelse mhp. at fremme trivsel (Hertz, B 2001)

Andre aktiviteter kan beskrives, aktiviteter som især foregår som gruppeaktivitet med udvalgte grupper, sådan som der også lægges op til retningslinierne (Sundhedsstyrelsen 1995:34). Det kan dreje sig om sorggrupper, overvægtige børn eller børn med andre spiseforstyrrelser, børn der bliver mobbet og meget andet. Jeg vil dog ikke gå nærmere ind i dette her, da samtalen er det væsentligste omdrejningspunkt for denne afhandling.

Som nævnt tidligere er der begrænset tid til rådighed for skolesundhedsplejersken til at løse de mange opgaver, der er beskrevet i lov og retningslinier. En af kerneydelserne er sundhedssamtalen, en anden er screening- og funktionsundersøgelserne. Dertil kommer, at sundhedsplejersken skal deltage i den generelle sundhedspædagogiske indsats på skolen (Sundhedsstyrelsen 1995:35), hvilket ovennævnte metoder bl.a. bidrager til. For de svageste og udsatte elever kan sundhedspædagogiske metoder som ovennævnte bidrage til, at de ”får stemme” i klassen eller i ”det kommunikative rum” hos sundhedsplejersken til at udtale sig om egne forhold, mål og visioner i en struktureret ramme. Desuden kan det gennem sådanne aktiviteter, som nævnt ovenfor, blive muligt for sundhedsplejersken at etablere en dialog, der kan gøre op med konstruktionen af en sundhedsplejerske som en, der blot måler, vejer og i et moraliserende paradigme ”løfter pegefingre”.

5.5 UNGES SUNDHED OG SÅRBARHED en præsentation og diskussion af konklusioner og anbefalinger i forhold til sundhedssamtalens muligheder og begrænsninger

I bogen ”Sundhed og sårbarhed” (Jensen, B. 2002b) har lektor Bente Jensen interviewet 26 skolebørn på 13-14 år mhp. at give de unge selv stemme i forhold til begreber som sundhed, trivsel og ”det gode liv”. Undersøgelsen viser, i lighed med andre lignende undersøgelser, at sundheden stiger i takt med stigende trivsel og social integration, men den viser også, at de unge har en klar fornemmelse af deres egen sundhed, trivsel og sårbarhed. Bente Jensen konkluderer på baggrund af

de unges beretninger, at sundhed overordnet kan defineres som *"menneskers evne til at opfylde egne behov og ønsker for tilværelsen og mestre dens udfordringer"* (2002b:190), og hun konkluderer, at dette hænger tæt sammen med den konkrete sundhedsadfærd, den unge udviser. Denne definition vil jeg vende tilbage til i perspektivering. Ensomhed og lav selvtillid hænger sammen med negativ sundhedsadfærd som f.eks rygning og alkoholmisbrug, og hun finder, at det også er disse børn, der er socialt udsatte. Bente Jensen viser også, at der er tæt og kompleks sammenhæng mellem sundhed og den sociale kontekst, den unge befinder sig i, og at den almindelige dagligdag er en *"kæmpeudfordring for udsatte børn"* (s.197). Hun argumenterer for, at den forebyggende indsats retter sig mod både individ og kontekst, hvorved ansvaret for sundhed løftes væk fra individet, men samtidig stiller hun krav om tiltro til den enkelte som besiddende ressourcer, der kan og skal mobiliseres. Undersøgelsen viser, at unges trivsel vil kunne fremmes gennem aktiv deltagelse og gennem følelsen af at have betydning, og hun anbefaler, at man i arbejdet skifter perspektiv fra fejlsøgning til et ressource- og kompetenceperspektiv, hvilket netop er udgangspunktet for denne afhandling. Endelig har undersøgelsen vist, at en del unge har brug for hjælp til at komme videre med deres liv og Bente Jensen (2002b:203ff) anbefaler bl.a. at udvikle forebyggelsesmetoder, der betoner det interaktive og behovet for fortrolighed, ligesom etablering af grupper foreslås som forebyggelsesmetode. En sådan forebyggelsesmetode findes allerede, nemlig sundhedssamtalen. Her kan sundhedsplejersken med særlig opmærksomhed på børn med særlige behov netop få mulighed for - i fortrolighed - at kunne finde frem til den enkeltes ressourcer og understøtte kompetenceudviklingen, som jeg vil vise senere. Endvidere foreslår Bente Jensen, at udvikle gruppetilbud, en mulighed, der også allerede findes beskrevet i *"Lov om forebyggende sundhedsordninger"* (Sundhedsstyrelsen 1995), og som kan opstå både udfra sundhedssamtalen og udfra andre sundhedspædagogiske aktiviteter. Endelig ønsker Bente Jensen, at institution og skole tager ansvar for de marginaliseringsprocesser, der foregår i forhold til de svageste og sårbare unge. Sundhedsplejersken er en del af dette og bør medinddrages og ansvarliggøres som en del af settingen, som jeg har diskuteret det i sidste kapitel. Det skal dog endnu engang påpeges, at der ikke er sammenhæng mellem ressourcer og opgaver, og der skal prioriteres mellem opgaverne.

5.6 SAMMENFATNING

I dette kapitel har jeg introduceret sundhedssamtalen udfra forskellige vinkler, og fortsat diskussionen om samtalen i et settingperspektiv. Jeg har introduceret *"det kommunikative rum"*, som det sted sundhedssamtalen har bedst mulighed for at blive vellykket i, betinget af grundige

didaktiske overvejelser, planlægning og samarbejde, og med udgangspunkt i et bredt, åbent og positivt sundhedsbegreb. Jeg har præsenteret andre sundhedspædagogiske aktiviteter som et muligt afsæt for at kunne komme i dialog på andre betingelser end en konstruktion af sundhedsplejersken som moraliserende og primært naturvidenskabeligt funderet. Jeg har konkluderet, at sundhedsplejersken er en oplagt samarbejdspartner i forhold til de anbefalinger, Bente Jensen har præsenteret i ”Sundhed og sårbarhed”, men også påpeget, at der er en ressourceproblematik i tilknytning hertil.

KAPITEL 6: Kompetencebegrebet

I dette kapitel vil jeg med udgangspunkt i Bente Jensens (2001) kompetencebegreb præsentere og vurdere hendes kompetencematrix m.h.p. sundhedssamtalen med de svageste og socialt udsatte unge. Kompetencematrixen bliver behandlet dels i et sociologisk perspektiv med reference til Anthony Giddens’ strukturationsteori og refleksivitetbegreb, dels i et socialpsykologisk perspektiv m.h.p. at sætte fokus på kompetenceudviklingens sociale dimension. Kapitlet afsluttes med en diskussion af kompetencematrixens anvendelighed i forhold til sundhedssamtalen.

6.1 KOMPETENCER – I BREDDEN OG I DYBDEN. Præsentation af en kompetencematrix

Med udgangspunkt i termen ”opbrudssamfund” stiler Bente Jensen (2001) mod at belyse og diskutere mangfoldigheden i kompetencebegrebet, som ifølge Bente Jensen ”*har fået en betydelig gennemslagskraft som en fokusering på de faglige og menneskelige krav der stilles til den enkelte i et samfund i opbrud*” (2001:11). Moderne tid er især kendetegnet ved, at det enkelte menneske bliver udsat for en stor mængde påvirkninger, som det skal forholde sig refleksivt til, forsøge at skabe sammenhæng i og handle i forhold til. Ingen ved, hvad vi har brug for at vide i morgen! Grundlæggende forstår Bente Jensen den menneskelige selvkonstruktion som værende vedvarende i gang, og hun forstår kultur og samfund som en række rammer og processer, der danner grundlag for menneskets handlinger. Bente Jensen vender gang på gang tilbage til samspillet mellem selvet og det sociale, og i den sammenhæng bliver kompetence ”*menneskets evne til at skabe, fortolke og forholde sig til verden*” (2001:42). Med dette udgangspunkt bliver kompetence et mellemværende mellem struktur, kultur og individ, hvilket er i overensstemmelse med mit eget udgangspunkt for denne afhandling: *virkeligheden konstrueres af individer i interaktion med den sociale verden i ønsket om at forstå deres virkelighed* (se side 10), ligesom jeg også finder dualitetsperspektivet repræsenteret i denne fortolkning af kompetence.

Bente Jensen bestemmer kompetencebegrebet som omhandlende såvel menneskets handle- og præstationsevner, som den lange række bagvedliggende potentialer, der mobiliseres på relevant måde i de situationer, som det moderne menneske hele tiden sættes i. På den baggrund fremlægger hun en kompetencematrix (2001:40), der forstår kompetence i bredden som én dimension og kompetence i dybden som en anden dimension. Kompetencer i bredden er kultur- og samfundsorienterede, men kompetencer i dybden beskrives som personorienterede. I bredden findes tre typer af kernekompetencer, der anses som grundlag for, at man kan klare sig menneskeligt, socialt og fagligt i det senmoderne samfund, nemlig: *faglige kompetencer* (kundskab og indsigt), *forandringskompetencer* (fleksibilitet og evnen til at opstille alternativer) og *sociale kompetencer* (evnen til at indgå i og skabe relationer). Disse kompetencer er handle- og præstationsevner. I dybden findes de personlige kompetencer, som udgør en sammentænkning af potentialerne og deres udfoldelse. Bente Jensen beskriver det som: *handleplanet* (færdigheder og præstationer), *kundskabsplanet* (refleksivitet og videnskabsmæssigt potentiale) og *selv- og meningsplanet* (identitetsmæssige potentialer). Hun sammenfatter det i en kompetencematrix, som skal betragtes som et analyseredskab, der kan vise, hvordan potentialerne er i spil med præstationerne, når teoretiske tilgange og pædagogiske design skal vurderes. De personlige ressourcer danner baggrund for, at individets kompetencer overhovedet kan komme til udfoldelse i konkrete præstationer. Dimensionerne påvirker hinanden og alle tre planer er i spil med hinanden i læreprocesser, der sigter mod kompetenceudvikling. Modellen ses afbildet nedenfor:

Kompetencer i bredden I dybden	Faglige kompetencer	Forandringskompetencer	Sociale kompetencer
Handleplan			
Kundskabs-/refleksivt plan			
Selv-/meningsplan			

Model af Bente Jensen (2001:40)

Modellen er endog særdeles rummelig og kan anvendes ud fra forskellige perspektiver, som hver især kan bidrage til at diskutere den pædagogiske tilgang og udfordring i forhold til tilrettelæggelse af pædagogiske aktiviteter. I forhold til denne afhandlings omdrejningspunkt, sundhedssamtalen og de svageste unge, og det videnskabsteoretiske udgangspunkt vil to perspektiver blive uddybet i de næste afsnit, nemlig det sociologiske perspektiv og det socialpsykologiske perspektiv. Modellens anvendelighed i forhold til sundhedssamtalen vil blive diskuteret i afsnit 6.5

6.2 KOMPETENCEMATRIXEN I ET SOCIOLOGISK PERSPEKTIV

6.2.1 Præsentation af Giddens' strukturationsteori

Som nævnt ovenfor tager Bente Jensen (2000:11) udgangspunkt i termen ”opbrudssamfund”, hvor ingen ved, hvad vi har brug for at vide i morgen. Anthony Giddens beskriver dette aspekt af det moderne således: ”*moderniteten konfronterer individet med en kompleks mangfoldighed af valgmuligheder, og da moderniteten ikke hviler på et entydigt fundament, er der samtidig meget lidt hjælp at hente i den, m.h.t. hvilke muligheder, der bør vælges*” (1991:100). Anthony Giddens modernitetsanalyse, som allerede i kapitel 4 blev anvendt til at perspektivere settingbegrebet, er baseret på hans strukturationsteori, som blev præsenteret 1984 i hovedværket *The Constitution of Society*. I dette værk hævder Giddens, at aktør-struktur dualismen, som kendes fra de klassiske sociologiske teorier må overskrides, hvis sociologien skal foretage holdbare og adækvate analyser af det moderne samfund. Ved at anlægge et dualitetsperspektiv er det Giddens' ærinde at udvikle og omdefinere de grundlæggende begreber *agent, handling, struktur og system*, således at de alle indeholder konstante producerende og reproducerende egenskaber. Det betyder i Giddens' teori, at systemet ikke længere determinerer individernes handling eller omvendt, og begreberne udgør således via deres dobbelte egenskaber tilsammen den sociale praksis. Giddens ønsker, at samfundet betragtes som en *strukturationsproces*, hvor menneskers handlinger på samme tid strukturerer og er struktureret af samfundet. (Kaspersen 1995:50).

Giddens opfatter mennesket som aktør eller *agent* i eget liv. Mennesket er vidende og kyndig på flere planer. Kyndigheden kommer til udtryk dels i alle de dagligdags rutineprægede handlinger, vi foretager, udtrykt som *praktisk bevidsthed*, dels i form af den diskursive (eller eksplicitte) viden agenten opnår ved at reflektere over sin handling, udtrykt som *diskursiv bevidsthed*. Endelig kan handlinger tilhøre det ubevidste niveau, som ikke kan udtrykkes, fordi de er fortrængte eller

fremstår i en fordrejet form (Kaspersen 2000:420). Netop ved at fremhæve agentens kyndighed gennem de rutineprægede handlinger og den diskursive refleksivitet, har individet mulighed for at ændre på sine handlingsmønstre, og derved sikrer Giddens sig, at hverken systemer eller strukturer handler ”bag om ryggen” på agenten. Samlet kan kyndigheden således udtrykkes i tre dimensioner: den praktiske, den diskursive og den refleksive, mens det ubevidste ligger som et dybt personligt lag, der ikke er umiddelbart tilgængeligt.

6.2.2 Kyndighedsbegrebets anvendelse i kompetencematrixen

Bente Jensen (2001:58) omsætter dette samlede kyndighedsbegreb til en model, hvor det refleksive, det diskursive og det handlingsorienterede niveau sættes i spil med hinanden, og hun omdøber kyndighederne til ”kompetencekomponenter”. For at kunne udfolde kompetencerne i bred forstand er det nødvendigt, at alle kyndighedsplaner inddrages. Bente Jensen hævder, at med kompetencer forstået som menneskelig kyndighed, bliver individet aktør eller agent i Giddens forstand. Hermed bliver det muligt at handle og sætte dagsordenen for sig selv og sit eget liv, ligesom man kan være med til at sætte rammerne om situationer og fællesskaber i den kulturelle verden, vi lever i.

Imidlertid finder jeg, at det netop i forhold til de svageste og udsatte unge er en diskussion værd, om i hvor høj grad disse unge oplever, at de kan handle og sætte dagsordenen for sig selv og sit eget liv. Er det overhovedet muligt at være med til at sætte rammer om sit liv, og hvad er det for et fællesskab, der er tale om? På den ene side kan det synes uoverkommeligt og umuligt som barn og ung at kunne påvirke og ændre de rammer, der allerede synes sat. På den anden side er det netop den unges mulighed for at blive set og være i en anden social sammenhæng end den vanlige, der kan bane vejen for, at han eller hun netop bliver set som aktør eller agent med mulighed for at ændre, hvis der bliver støttet op på forskellige fronter.

Jeg mener, det er vanskeligt som ung at have den store brede indflydelse, der lægges op til med Giddens kyndigheder – som aktør eller *agent* i eget liv, når man som ung er i fuld gang med sin forandringen og udviklingen fra barn til voksen. Som udgangspunkt udvikles vi alle gennem hele livet, men i teenageårene forekommer en særlig sårbarhed, som er med til at betinge yderligere vanskeligheder i forhold til ramme- og værdisætning for den enkelte. Rammerne synes i høj grad sat i forhold til den familie og det system, man er så afhængig af, og der kan nemt blive ”gået bag om ryggen” på en, når man er barn/ung. Dette kan synes deterministisk beskrevet, men skal ikke

opfattes således, snarere blot som et felt, det er nødvendigt at have særlig opmærksomhed på i den sundhedspædagogiske praksis. Det er aldrig muligt fuldstændigt at gennemskue konsekvenserne af sine valg og dermed sætte en dagsorden, man helt er klar over, hvad indebærer. Værdierne er indpodet igennem hele barndommen og sættes på spil i puberteten. Som ung er såvel den reflektive som den diskursive bevidsthed ufuldstændigt mobiliseret, og kyndighedsplanerne er under voldsom udvikling. I det moderne samfund ved vi som tidligere beskrevet ikke, hvad vi skal udvikle os hen i mod, og der er risiko for, at det kan skabe ligegyldighed eller handlingslammelse hos nogle, hvis kravene om kyndighed eller kompetence i forhold til at mestre livet langt overstiger de muligheder, der umiddelbart findes i de sociale arenaer, man bevæger sig indenfor. Der er således risiko for at øge afstanden mellem dem, ”der kan” og de, ”der *ikke* kan”, uanset at ingen ved, hvad det er, vi skal kunne i morgen. Med dette perspektiv finder jeg Wenzels relationelle settingperspektiv særdeles anvendeligt, idet det med et sådant udgangspunkt bliver muligt at drøfte med ligestillede, hvilken vej det synes mest relevant at bevæge sig hen ad. Handlingslammelse kan måske også forebygges via fællesskabet, og jeg mener ligegyldigheden ophæves, når dialogen etableres via sundhedssamtalen.

6.2.3 Sprogets betydning for kyndighedsudvikling

Uanset, at vi ikke ved, hvad vi har brug for at vide i morgen, ved vi dog ét - at der i samfundet er en forventning om, vi skal kunne bevæge os blandt hinanden, og at vi via den demokratiske dannelse socialiseres til at følge med i, bidrage til og indgå i samfundets udvikling på et eller andet plan. Ifølge Giddens er sproget en vigtig forudsætning for formidling af menneskelig erfaring via socialiseringen. Dermed bliver også den sproglige formåen og kunnen af stor betydning for udvikling af kyndighed eller kompetence (Giddens 1991 s. 36). Kompetencer i bredden er således stærkt afhængige sproget eller af det talte ord, idet der her er tale om kernekompetencer, som er knyttet til færdighedsplanet. Giddens hævder desuden, at oralitet og tradition uundgåeligt er knyttet meget nært til hinanden (1991:36), og med en sådan italesættelse eller mangel på samme sættes afhandlingens målgruppe i et særligt lys, når der er tale om udvikling og understøttelse af kompetencer m.h.p. at støtte de svageste. De traditioner, der kan være i en familie om at tale om problemer, kan være en barriere i forholdet mellem sundhedsplejersken, hvis vigtigste værktøj i forhold til den unge er hende selv og sproget (hvori fagligheden ligger implicit) . Sproget er det medie, der kan afsløre ”hemmeligheder” hos den unge selv eller i familien, og derfor af stor betydning. I en SWOT analyse kan sproget, udfra Giddens perspektiv, være den styrke, der kan

bidrage til forandring (S), mens svagheden for den enkelte unge kan være, at hun netop er uvant med at udtrykke sig(W). Sprogets mulighed er at få udtrykt, hvor ”det gør ondt” (O), mens truslen bliver risikoen for at miste det, man kender, ved at afsløre ”hemmeligheder”. Dermed er truslen også at tage afstand fra og evt. fjerne sig fra sin egen baggrund (T). I samtalen kan SWOT analysen anvendes som middel til at få mobiliseret den refleksive og diskursive bevidsthed m.h.p. at vende trusler til muligheder. Via samtalen om de svære ting, kan det således alligevel blive muligt at være med til at sætte nogle rammer om sit eget liv, også selv om man er barn og ung, men for at nå hertil er det væsentligt, at kontakten og tilliden er etableret.

Når tilliden og kontakten er etableret, mener jeg, det bliver muligt for sundhedsplejersken via sundhedssamtalen at støtte de svageste og udsatte unge m.h.p. sundhedsfremme og mestring. Via sproget (gennem sundhedssamtalen) kan sundhedsplejersken få mulighed for at støtte den unge i mobiliseringen af såvel den refleksive som den diskursive bevidsthed, hvorved kompetencerne i dybden, især det mellemliggende plan, men også selv- meningsplanet, styrkes. Styrkelsen kan især ske i forhold til forandringskompetencerne og de sociale kompetencer, og den sociologiske perspektivering af kompetencer set i lyset af de svageste unge fører således videre til at kigge på kompetencematrixen i et socialpsykologisk perspektiv. Dette perspektiv sætter netop fokus på individernes samspil eller den interaktion, der foregår mellem menneske og omverden – her udtrykt i samspillet mellem sundhedsplejersken og den unge, hvorved afhandlingens overordnede dualitetsperspektiv igen træder frem.

6.3 KOMPETENCEMATRIXEN I ET SOCIALPSYKOLOGISK PERSPEKTIV. En indirekte præsentation af Susan Harter’s ”perceived competence”

Dette perspektiv inddrages, fordi jeg især finder det meningsfyldt i forhold til de svageste og sårbare unge, idet der her fokuseres på kompetencernes sociale forankring og betydningen af det personlige selvværd (Jensen, B 2001:65ff). Med udgangspunkt i Susan Harters ”perceived competence” begreb beskriver Bente Jensen, hvordan kompetenceudvikling i dette perspektiv drejer sig om at kunne etablere ”*social støtte gennem netværk og nære sociale relationer*” (Jensen, B. 2001: 68), hvilket jeg mener, sundhedsplejersken netop kan medvirke til. Susan Harters arbejde viser, hvor vigtigt det er at udvikle kompetencer indenfor områder, der er vigtige og værdsat af den sociale kontekst, mennesket befinder sig i – her defineret som familien og kulturen. Nøgleordene er *selvværd og social interaktion*, samtidig med at Susan Harter kobler motivation til

kompetencebegrebet. Motivation er en særdeles vigtig komponent i forhold til sundhedsplejerskens arbejde med de svageste unge, idet det kræver, at de unge selv ”banker på døren” eller er parate til at tage den fremstrakte hånd, der tilbydes via sundhedssamtalen. Sundhedsplejerske A udtrykker denne motivationsfaktor således: *”børnene definerer behovet...de bestemmer selv, hvornår de går ud af døren igen”*, sundhedsplejerske C fortæller om nogle store piger *”..der for tiden...hele tiden kommer dinglende forbi”* Desuden arbejder langt de fleste skolesundhedsplejersker i såkaldt kombineret ordning, hvor de både kommer i hjemmene til spæd- og småbørnsfamilier og på skolerne. I sundhedsplejerske A’s kommune bor de socialt udsatte børn et bestemt sted i kommunen, og behovsbørn *”bliver fulgt tæt og bliver fanget meget hurtigt”* (citater). Ved den kombinerede ordning opnår sundhedsplejersken et indgående kendskab til den sociale kontekst, den unge befinder sig i både i sin nære familie og i lokalsamfundet. Dette grundige kendskab får betydning når sundhedsplejersken skal medvirke til at etablere den sociale støtte i nærmiljøet og også støtte den unge i at udbygge andre nære relationer. I forhold til kompetencematrixen bidrager Harter’s arbejde især i forhold til handleplanet og det følelsesmæssige plan, mens det refleksive ikke er inddraget så eksplicit.

6.4 HANDLEKOMPETENCE

I forhold til denne masteruddannelses centrale omdrejningspunkt finder jeg det naturligt at diskutere handlekompetencebegrebet, sådan som det er udviklet på Danmarks Pædagogiske Universitet gennem de seneste 10-12 år, oprindeligt med udgangspunkt i undervisning i miljø- og sundhedsfag. Handlekompetence er udviklet som et didaktisk begreb i et kritisk handlingsorienteret demokratisk paradigme, hvor målet er at øge målgruppernes egne *”visioner og potentialer til at gribe forandrende ind overfor forhold, der har betydning for deres sundhed ”* (Jensen, B.B.2000a). Vigtige elementer er, at deltagerne (i undervisningen) selv skal være med til at sætte handlinger i gang, og at handlingerne retter sig mod at forandre tingenes tilstand i sundhedsfremmende retning. Handlekompetencebegrebet er udgangspunktet for arbejdet i netværket af sundhedsfremmende skoler, og er efterhånden også blevet et væsentligt begreb udviklingen af sundhedsplejen. Sundhedspleje er imidlertid ikke undervisning, men har væsentlige elementer af pædagogik, og jeg mener, det er meget vigtigt, at vi ikke blot overtager et begreb udviklet i en anden pædagogisk kontekst, men at vi fastholder den faglighed, der er vores. Det centrale i begrebet udtrykkes af Bjarne Bruun Jensen (2000a) således: *”handlekompetence er noget, man handler sig til”*, og kun gennem handlinger i det virkelige liv har handlekompetencen gode muligheder for at udvikle sig.

Når dette tages helt bogstaveligt er det ikke muligt at udvikle handlekompetence i sundhedssamtalen, idet der ikke er mulighed for at foretage handlinger i tilknytning til sundhedssamtalen som en pædagogiske aktivitet. Samtidig ligger dog implicit i begrebet, at der arbejdes med tre faser i udviklingen af handlekompetencen: undersøgelse og betydning, udvikling af visioner og alternativer og endelig handling og forandring. Tages hvert af disse elementer for sig er det muligt at inddrage handlekompetencebegrebet i sundhedssamtalen, som netop kan tage udgangspunkt i at undersøge problemets betydning, for efterhånden at kunne udvikle visioner og alternativer m.h.p. forandring og handling. Handlekompetencebegrebet kan således anvendes, men bør ”oversættes” til den sundhedspædagogiske praksis, det skal finde anvendelse i.

6.5 KOMPETENCEMATRIXEN I ET SUNDHEDSPLEJERSPEKTIV

Med mit valg af Susan Harter og Anthony Giddens og afsnittet om handlekompetence har jeg således indkredset et teoretisk grundlag for at vurdere og anvende kompetencematrixen i et sundhedsplejerspektiv med sundhedssamtalen som fokus. Kompetencerne i bredden sættes i spil med kompetencerne i dybden, og via sundhedssamtalen bliver der muligheder for at sundhedsplejersken kan medvirke til kompetenceudvikling hos de svageste og socialt udsatte unge.

Når jeg finder kompetencematrixen anvendelig i min sundhedsplejers praksis hænger det i høj grad sammen med, at matrixen præciserer, at kompetencer ikke kun handler om færdigheder forstået som præstationer, men også i høj grad om potentialer, og at det handler om potentialer på flere niveauer. Generelt er målet med mit sundhedsfremmende arbejde at styrke den enkeltes ressourcer m.h.p. sundhedsfremme og mestring. Når det handler om de svageste og socialt udsatte unge, finder jeg det særdeles vigtigt, at jeg sammen med den enkelte får sat fokus på ressourcer og potentialer i stedet for begrænsninger og manglende færdigheder, sådan som også Bente Jensen (2002b:200) beskriver det, og siden jeg første gang stiftede bekendtskab med kompetencematrixen har den med sin teoretiske tilgang til kompetencebegrebet bidraget til at kvalificere min praksis. I samtalen med den enkelte, som jeg bestræber mig på finder sted ud fra et fænomenologisk-hermeneutisk grundstandpunkt, kan matrixens forskellige planer anvendes som guidelines for samtalen, hvilket følgende eksempel kan vise:

En palæstinensisk pige i 6. klasse henvises til PPR m.h.p. ekstraundervisning i dansk og evt. visitation til skolens sprogcenter. Alle PPR henvisninger går igennem sundhedsplejersken m.h.p. fornyet syns- og høreprøve og til kommentarer i øvrigt. PPR henvisningen tager udgangspunkt i en vurdering af pigens kompetencer på færdighedsniveau, vurderet som præstationer eller snarere mangel på samme. I forbindelse med syns- og høreprøve vælger jeg at tale med pigen om hendes egen oplevelse af sine manglende færdigheder og hvilken betydning, det har for hendes trivsel i skolen. Pigen fortæller, at hun i virkeligheden godt kan forstå det hele, men at hun er ekstrem genert, og at det hæmmer hende i at udfolde sine evner. Med kompetencematrixen som teoretisk ramme har jeg således her indledt en behovs sundhedssamtale, hvor såvel kundskabsplanet som selv- og meningsplanet umiddelbart sættes i spil med såvel de faglige som de sociale kompetencer. I løbet af samtalen mobiliseres den refleksive og diskursive bevidsthed og sammen forsøger vi at nærme os såvel et handleplan som et forandringsperspektiv, således at alle planer sættes i spil. Den første samtale efterfølges af flere, hvor pigen hver gang kommer med udspil til, hvordan hun kan komme sig over sin generthed, og hvor også jeg afprøver forslag til, hvordan hun kan arbejde med problematikken. I løsningsforslagene indgår bl.a. samtale og samarbejde med klasselærer, højtlesning for bamsen eller foran spejlet hjemme, samtale hos mig med pige i klassen, som har overvundet sin generthed mhp at etablere et fællesskab og en mere nær relation og endelig kontakt til skolens bibliotekar. Samtalerne finder sted ud fra et hermeneutisk-fænomenologisk udgangspunkt, idet jeg søger at forstå pigen i den livssammenhæng, hun befinder sig i. Sammen søger vi at således i interaktion med den sociale verden, som skolen udgør, at forstå hvad der foregår og konstruere en virkelighed, hvor der er muligheder og ressourcer at bygge på, snarere end manglende færdigheder og begrænsninger. Samtaleforløbet er endnu ikke færdigt og for hver gang vi taler sammen oplever jeg, at især kompetencerne i dybden styrkes, hvilket på sigt vil have betydning for kompetencerne i bredden og dermed de færdigheder, som var henvisningsårsagen. Sidst, men ikke mindst udviser pigen større trivsel i skolen.

Ovenstående eksempel fra praksis viser kompetencematrixens anvendelighed i forhold til de udvalgte perspektiver, hvor der både er hentet inspiration fra Giddens, Susan Harter og handlekompetencebegrebet. Eksemplet viser den store kompleksitet, en sundhedssamtale med et barn med særligt behov kan indeholde. At arbejde med sundhedssamtaler ud fra en kompetence-synsvinkel, som den her præsenterede kræver tid, interesse for sundhedsfremme arbejde ud fra et meget åbent og positivt sundhedsbegreb og ikke mindst erfaring. Kompetencematrixen er meget omfattende og lægger op til at kunne designe pædagogiske tilgange ud fra mange forskellige teoretiske synsvinkler, hvorfor jeg ikke anser den for velegnet for nyuddannede sundhedsplejersker som redskab til at kvalificere praksis. For den erfarne sundhedsplejerske er den imidlertid en god anledning til at få flere perspektiver i spil, og den er velegnet til at ”teste” egne fordomme og konstruktioner af begrebet sundhed. Risikoen ved en så teoretisk omfattende matrix er imidlertid, at den er svær at operationalisere og dermed ikke umiddelbart kan komme i anvendelse hos sundhedsplejerepraktikerne, der higer efter redskaber til at kvalificere sundhedssamtalerne med.

6.6 SAMMENFATNING

I dette kapitel har jeg beskrevet Bente Jensens kompetencematrix og relateret den til sundhedsplejerskens arbejde i forhold til to perspektiver, nemlig det sociologiske og det socialpsykologiske. Desuden er begrebet handlekompetence diskuteret, og jeg har præciseret vigtigheden af ikke blot at overtage andres teoridannelse, men at ”oversætte” den til eget praksisfelt og teoridannelse. Kompetencematrixen er eksemplificeret og vurderet som redskab i forhold til sundhedssamtalen for anvendelse af h.h.v. den nyuddannede og den erfarne sundhedsplejerske. Konklusivt har jeg vurderet, at matrixen er så omfattende, at den primært kan blive en teoretisk referenceramme for den erfarne sundhedsplejerske.

KAPITEL 7: Sundhedsbegreber – et afsæt for sundhedssamtaler og sundhedspædagogik

Dette kapitel diskuterer sundhedsbegreber m.h.p. en afklaring og præcisering af mit eget udgangspunkt i forhold til sundhedssamtalen og de øvrige sundhedsplejerskeopgaver, der er beskrevet i ”Lov om forebyggende sundhedsordninger” (Sundhedsstyrelsen 1995), forud for konklusion og perspektivering. Kapitlet tager udgangspunkt i Steen Wackerhausens (2000) åbne sundhedsbegreb, sådan som han udfolder det i et filosofisk perspektiv, og bliver suppleret med en præsentation af Bjarne Bruun Jensens paradigme begrebsapparat (Jensen, B.B. 2001a). Kapitlet indeholder en diskussion om det åbne sundhedsbegrebs begrænsninger i forhold til børn & unge generelt og problemformuleringens målgruppe specifikt. Kapitlet afsluttes med en modernitetssynsvinkel på sundhedsbegreberne.

7.1 DET ÅBNE SUNDHEDSBEGREB

Steen Wackerhausens tilgang til at sætte sundhedsbegrebet til diskussion er de seneste mange års diskussioner om besparelser og spændt økonomi i sundhedsvæsenet. Han introducerer et åbent sundhedsbegreb, der skal ses som et alternativ til den radikale ”sundhedsrelativisme” og den biomedicinske ”sundhedsfundamentalisme”. Hans ærinde er at finde en form, der kan løse op for dilemmaet mellem på den ene side at bekende sig til det medicinsk-biologiske orienterede lukkede sundhedsbegreb, og på den anden et sundhedsbegreb, der er tids- og kulturrelativt, og hvor bl.a. også den historiske kontekst får betydning for begrebet. Med det åbne sundhedsbegreb mener Wackerhausen at have konstrueret en form, hvori der ikke er indholdt substans – hermed bliver begrebet almengyldigt, og Wackerhausen hævder således, at sundhedsbegrebet kan gå på tværs af

forskellige kulturelle samfund, idet formen er universel, mens indholdet er relativt. Han bestemmer sundhed som evnen til at indfri mål under givne livsbetingelser, og det åbne sundhedsbegreb definerer Wackerhausen således:

”sundhed er evnen til at indfri mål, og det, som afgør graden af subjektets sundhed – kvaliteten af generaliseret handle-kapacitet – er relationsforholdet mellem subjektets mål, dets livsbetingelser og dets subjektbundne handlefærdigheder” (Wackerhausen 1994: s 50)

Begrebet er tæt forbundet med autonomibegrebet, ligesom den enkeltes værdigrundlag og dets livsbetingelser har den største betydning. Med dette relationelle sundhedsbegreb handler sundhed ikke længere blot om en krops- eller helbredstilstand, sådan som det defineres af sundhedsfundamentalisterne, men snarere om at individet/subjektet via egne mål og udfra egne livsbetingelser skal definere indholdet i sundhedsbegrebet sammen med den sundhedsprofessionelle. En definition er *ikke* givet på forhånd, men afklares via dialogen ved at diskutere mål og værdispørgsmål, livsbetingelser og personlige handlemuligheder for til sidst at bestemme den individuelle sundhedsdefinition. Wackerhausen mener, at disse drøftelser vil sikre en helhedsbetragtning. Således skal drøftelserne af livsbetingelserne sikre, at også politiske forhold drøftes og impliceres, ligesom afdækningen af subjektets kropsbundne handlefærdigheder skal medvirke til, at også de kognitive og motoriske færdigheder bringes ind i analysen. Endelig er målaflklaringen, som det tredje element i definitionen særdeles væsentlig. Wackerhausen skelner mellem såkaldt ”ægte” og ”uægte” mål (1994:54). De ægte mål skal være etisk forsvarlige og realistiske, udspringe tvangfrit fra subjektet, som et bevidst intenderet ønske og som resultat af den enkeltes rationelle og kritiske selvrefleksion. De uægte mål bliver defineret som udefra eller indefra påtvungne mål, som ikke udspringer af den enkeltes egne valg i forhold til de værdier, der er grundlaget for subjektets liv og livsform. I definitionen af det åbne sundhedsbegreb er det de ægte mål, der indgår, og Wackerhausen arbejder desuden med et autonomi begreb, der tager udgangspunkt i, at den autonome grundlæggende er selvstyret og selvbestemmende. Med udgangspunkt i ovenstående opstiller Wackerhausen en række krav til den sundhedsprofessionelle, der skal arbejde udfra det åbne sundhedsbegreb. Det kræver involvering og loyalitet, evne til at være en kritisk – kærlig modspiller og katalysator i en dialogisk proces, hvis formål bør være *”at forøge subjektets målfrielsespotentiale”* (1994:67). At være sundhedsprofessionel er i Wackerhausens forstand snarere at være kulturarbejder og humanist end det, han kalder *”helbredstekniker”* (1994:70).

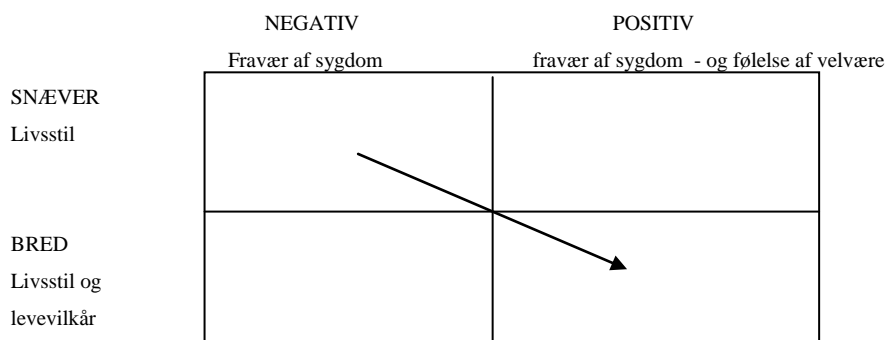
7.1.1 Det åbne sundhedsbegreb i relation til børn & unge

Disse krav samt diskussionen om ægte mål og autonomi er noget problematiske, når det drejer sig om børn og unge, som jeg ikke finder kan substantialisere Wackerhausens universelle åbne sundhedsbegreb alene, uanset at barnet/den unge betragtes som et autonomt subjekt, der kan opstille såvel implicitte som eksplicitte mål. Samarbejde med forældrene eller andre nære relationer er påkrævet, og jeg mener derfor, det er nødvendigt, at indføje denne ekstra præmis i Steen Wackerhausens filosofiske bud på et sundhedsbegreb, når den skal anvendes til at tænke sundhedspædagogik i forhold til børn og unge. Dette synspunkt vil jeg vende til senere, når jeg perspektiverer sundhedsplejerskens praksis.

7.2 SUNDHEDSBEGREBER OG PARADIGMER.

Udgangspunktet for dette afsnit er en opfattelse af, at der er tale om to forskellige paradigmer i tilgangen til det sundhedspædagogiske arbejde; nemlig det demokratiske paradigme og det moraliserende paradigme. Paradigmediskussionen baserer sig på en begrebs- og teoridannelse, som er udviklet på Danmarks Pædagogiske Universitet gennem de seneste 10-12 år (Jensen, B.B.2000a) I det hidtil dominerende paradigme findes den moraliserende sundhedslære, hvor det sunde liv = det sygdomsfri liv. Adfærd og livsstil udpeges, og pædagogens opgave og mål er at ændre målgruppens adfærd i den korrekte (af eksperter udpegede) sunde retning, hvorefter sundhed forstået som fravær af sygdom, opnås. Sundhed er et lukket begreb, målet er adfærdsændring, og ”den løftede pegefinger” fornægter sig ikke. Indenfor det demokratiske paradigme arbejdes med såvel livsstil som levevilkår, og livskvalitetsbegrebet introduceres. Der er tale om sundhedsundervisning, hvor målet er ”at øge målgruppernes egne visioner og potentialer til at gribe forandrende ind overfor forhold, der har betydning for deres sundhed” (Jensen B.B.2000a:198), som det også er nævnt på s. 28 De væsentligste komponenter er handlekompetence og medbestemmelse, baseret på deltagerens indsigt, engagement og visioner – ikke på eksperternes udsagn. Sundhedsbegrebet er åbent, der er tale om dialog, sådan som også Wackerhausen (2000) betoner det.

Sundhed kan således betragtes ud fra flere dimensioner. Her fremstillet af Bjarne Bruun Jensen (2000a:203)



Her præsenteres det brede og det snævre sundhedsbegreb i en negativ eller positiv forståelse af sundhed. Det mest snævre sundhedsbegreb findes i felt 1, hvor sundhed reduceres til at handle om fravær af sygdom betinget af den enkeltes livsstil. I netværket af sundhedsfremmende skoler er målet at arbejde sundhedspædagogisk ud fra det sundhedsbegreb, der identificerer sig i felt 4. Modellen er anvendelig også i en identifikation af sundhedsplejersken forskelligt rettede opgaver. Dette har jeg behandlet i en tidligere afhandling (Poulsen 2003), og jeg vil vende tilbage til modellen i næste kapitel, når jeg konkluderer og perspektiverer.

I samme artikel introducerer Bjarne Bruun Jensen desuden en figur (2000a:201), som viser, at mennesket eksisterer i kraft af en kulturel, økonomisk og social sammenhæng, og at en sundhedspædagogisk indsats må rettes mod såvel levevilkår som livsstil m.h.p. at skabe handlemuligheder indenfor begge felter. Det er ikke den enkeltes handlinger, der alene har betydning for sundheden – også de kollektive handlinger spiller en rolle. De politiske beslutninger antager jeg ligger implicit i figuren, idet det demokratiske paradigme er et kritisk handlingsorienteret paradigme, som har sin rod i kritisk teori, hvorfor en politiske stillingtagen forudsættes implicit. Jeg vil ikke gå nærmere ind i en definition og en redegørelse for kritisk teori i øvrigt, da det ligger udenfor denne afhandlings rammer og tidligere beskrevne videnskabsteoretiske grundlag. Jeg vælger alligevel at inddrage det her, idet Bjarne Bruun Jensens antagelser og modeller tydeligt indikerer, at sundhedspædagogikken er afhængig af og påvirkelig af mange forskellige faktorer, incl. de politiske ”vinde”.

Tones & Tilford udtrykker det således:

”...health promotion is essentially grounded in the multiplicative relationship between health education and healthy public policy (2001:200)

En sætning, som har været en af grundpillerne for Keith Tones' arbejde med sundhedsfremme siden 1992, hvor han første gang introducerer ligningen:

Health Promotion = Health Education x Healthy Public Policy (2001: xiii,200)

som på simpel vis indfanger essensen af den synergi, der opstår mellem politik, sundhedsfremme og uddannelse. Det er også denne synergi, sundhedsplejerske B er opmærksom på, når hun fortæller, at ved nedskæringstrusler i deres kommune, har sundhedsplejerskerne stået sammen og klart meldt ud, at der ikke skal ske forringelser på skolesundhedsplejen. ”Skolesundhedspleje er usynlig - småbørns forældrene skal nok klage, mens skolebørnenes forældre ikke ved, hvad de går glip af, hvis der skæres i skolearbejdet” (citater). Hermed fremtvinger sundhedsplejerskerne en politisk stillingtagen til det sundhedsfremmende arbejde på skolerne, og ligningen bliver sat i spil. Forståelsen for og stillingtagen til, hvilket sundhedsbegreb der arbejdes ud fra, får således også betydning for de politiske beslutninger. Jeg har flere gange i afhandlingen diskuteret forholdet mellem opgaver og ressourcer, og med Tones' ligning bliver det meget tydeligt, hvordan man kan indfange en sammenhæng. Hvis ressourcerne ikke tilstrækkelige, fordi de politiske ”vinde” blæser andre veje end sundhedsfremmevejen, kan vi have nok så dygtige sundhedsplejersker (og undervisere i øvrigt), men resultatet bliver derefter.

7.3 SUNDHEDSBEGREBER I ET SOCIOLOGISK PERSPEKTIV

Med den konsensus, som jeg opfatter, der efterhånden er dannet bl.a. i løbet af denne masteruddannelse og i netværket af sundhedsfremmende skoler om det åbne positive sundhedsbegreb, sådan som det er præsenteret i det ovenstående ud fra såvel en pædagogisk som en filosofisk synsvinkel, findes jeg det oplagt at lægge et sociologisk perspektiv ned over begrebet. Som tidligere er det Anthony Giddens modernitetsanalyse (1991), der anvendes. Giddens (1991:33) beskriver, hvordan han mener, at modernitetens refleksivitet, som er et af kendetegnene ved det moderne, underminerer den sikre viden, selv på naturvidenskabernes mest centrale områder. Ingen kan være ekspert på mere end en meget lille del af de mangfoldige aspekter af moderne socialt liv, og selv de mest pålidelige autoriteter kan man kun have tillid til ”indtil videre”. Selv eksperterne er uenige om både teorier og praktiske diagnoser (Giddens 1991:103). Netop disse særlige kendetegn ved ekspertsystemet, der som tidligere nævnt gennemtrænger stort set alle aspekter af det moderne liv, har måske banet vej for det paradigmeskifte, som Bjarne Bruun Jensen (2000a) angiver finder sted i disse år i forhold til sundhedsundervisningen. Der er ikke længere mange, der tør hæve pegefingeren højt og med sikkerhed påstå at, dette og hint er usundt (i den snævre negative

forstand). I stedet træder et andet ekspertsystem til – der bliver mulighed for et paradigmeskifte, hvor sundhedsbegrebet udvides og dermed også bliver sværere at bestemme for eksperter og ”almindelige” mennesker. I det moderne samfund er eksperter reflekstivt mobiliseret, og eksperterne er ifølge Giddens (1991:43) generelt orienteret i retning af fortsat intern forbedring. Med dette udgangspunkt kan man så overveje om det demokratiske paradigme ikke netop er udtryk for en anden slags ekspertise, ligesom masteruddannelsen i sundhedspædagogik kan være udtryk for denne fortsatte interne forbedring. Mantraet bliver så, i stedet for moraliseren i forhold til ”sikker” viden, store åbne sundhedsbegreber. Disse kan være vanskelige at udfylde, uanset at man forsøger at gøre det tilgængeligt og ”dække sig ind under” en diskussion om ægte og uægte mål, sådan som Wackerhausen f.eks gør, for ikke at komme til at modsige sig selv. I sundhedspædagogikken bliver mantraet ”handlekompetence”, og de reflekstivt mobiliserede eksperter diskuterer eksempelvis, om det kan (eller skal) måles eller ej. ”Risikoen” ved det demokratiske paradigme er idyllisering - alt er lige godt, blot du har det godt og tænker positivt! Det kræver høj faglighed og dybde i begrebsdannelsen at være sundhedspædagog, der agerer i forhold til det demokratiske paradigme, hvilket der heller ikke lægges skjul på i de grundlæggende tekster (Jensen, B.B 2000a). Samtidig er der stor risiko for, at der sker en ”udvanding” af begreberne i takt med, at de breder sig. Uanset hvor man vender sig i sundhedspleje kredse i dag handler det om at ”give skolebørnene (eller mødrene) handlekompetence til...”, uden at teoridannelsens og begrebernes dybereliggende lag diskuteres, sådan som jeg også diskuterede det i kapitel 5 afsnit 4. Sundhedsplejerskerne ”udlejrer” sig, anvender en teknisk term, som har gyldighed i det moderne sundhedsplejeliv, idet de tilstræber at bidrage til at give børnene handlekompetence, f.eks. ved at tilbyde diverse aktiviteter i forhold til overvægtige børn. Sundhedsplejersken søger at skabe sociale relationer på tværs af tid og rum ved f.eks at henvise til væresteder for unge med personlige problemer¹⁸, men forholder sig måske ikke eksplicit samtidig til den gensidige forbindelse mellem ekstensionaliteten og intentionaliteten, som beskrevet på side 19, nemlig barnets personlige dispositioner på den ene side (lyst, evne til og muligheder for at arbejde reflekstivt og diskursivt med personlige problemer), og den samfundsmæssige problematik på den anden side (hvilke muligheder og krav tilbyder h.h.v stiller samfundet til de svageste unge, og hvordan arbejdes der f.eks politisk for at forbedre mulighederne for den enkelte). Komplexiteten er enorm, der kræver stor viden, tid, overblik og evne til at prioritere i en økonomisk ressourcefattig tid ikke at lade sig selv indfange af modernitetens ekspertsystemer,

¹⁸ ”Ventilen” er f.eks et sådant sted, hvor ensomme unge med svagt netværk kan komme og være sammen med ligestillede

uanset at man selv betragtes som en sådan, men at forsøge at fastholde sig selv og sine egne værdier i de sundhedspædagogiske overvejelser.

Med Giddens som teoretisk ramme i forhold til de sociale betingelser bliver udfordringen som demokratisk sundhedspædagog blot endnu større, idet de globale perspektiver inddrages som modpolen til de helt personlige dispositioner, vi hver især er udstyret med. Det drejer sig ikke blot om levevilkår for den enkelte, men skal ses mere omfattende, sådan som jeg forstår Giddens. Han beskriver det moderne samfund som et risikosamfund (1991:41), hvor valget mellem alternativer altid er et ”hvis nu” spørgsmål – et spørgsmål om at vælge mellem ”mulige verdener”. Jeg mener sundhedsplejersken kan bidrage med at støtte den unge i at træffe det bedst mulige valg via samtalen. Det kræver imidlertid, at sundhedsplejersken arbejder udfra et afklaret og defineret sundhedsbegreb, og at hun selv er kompetent både i bredden og dybden. Min intention er således at arbejde udfra et åbent og positivt sundhedsbegreb med min opmærksomhed rettet mod, at jeg er professionelt ”opdraget ” i en noget snævrere opfattelse af begrebet, samtidig med at jeg har opgaver, der ligger indenfor dette mere snævre felt .

7.4 SAMMENFATNING

I dette kapitel har jeg præsenteret og diskuteret Steen Wackerhausens åbne sundhedsbegreb i forhold til at arbejde sundhedspædagogisk med børn og unge. Bjarne Bruun Jensens paradigme begrebsapparat er præsenteret og diskuteret. De politiske implikationer af at arbejde udfra et kritisk handlingsorienteret paradigme er berørt og relateret til Tones & Tilfords betragtninger om sammenhængen mellem sundhedsundervisning og sundhedspolitik i forhold til sundhedsfremme udfra et defineret sundhedsbegreb. Derefter har jeg diskuteret sundhedsbegreberne i et sociologisk perspektiv med vægt på ekspertrrollerne i det moderne samfund og påpegning af de to ekstremer: ekstensionalitet og intentionalitet, som væsentlige opmærksomhedspunkter for den sundhedspædagog, der ønsker at agere indenfor det demokratiske paradigme. Afslutningsvis har jeg præciseret mit eget sundhedsbegreb, som udgangspunkt for at kunne konkludere og perspektivere i forhold til afhandlingens problemformulering.

KAPITEL 8: SAMMENFATNING, KONKLUSION OG PERSPEKTIVERING

I dette kapitel vil jeg sammenfatte hele afhandlingen, trække konklusioner fra de enkelte kapitler op og derefter samlet besvare problemformuleringen i forhold til de udvalgte teorier. Kapitlet afsluttes med en perspektivering.

8.1 SAMMENFATNING

Indledningsvis har jeg i denne masterafhandling beskrevet, hvordan jeg ville beskæftige mig med sundhedsplejerskens arbejde med skolebørn i et settingperspektiv og med et sundhedspædagogisk omdrejningspunkt, der handler om kompetenceudvikling. Inspireret af Anthony Giddens har jeg ønsket at lægge et sociologisk modernitetsperspektiv nedover opgaven m.hp. at fastholde et dualitetsperspektiv.

Generelt om skolesundhedsplejen har jeg flere gange beskrevet, at jeg finder den er under politisk pres, men også at der i sundhedsplejefaglige kredse bliver en større og større interesse for og opmærksomhed på at kvalificere indsatsen og dygtiggøre os på dette felt. Der er mange muligheder indenfor dette speciale, og der er beskrevet mange opgaver i ”Lov om forebyggende sundhedsordninger”(1995). I denne afhandling har jeg sat fokus på de svageste og socialt udsatte elever i 6.-9. klasse. Med udgangspunkt i Giddens’ modernitetsanalyse har jeg interesseret mig for, hvordan sundhedsplejersken gennem sundhedssamtalen kan være med til at mobilisere den unges diskursive og reflektive bevidsthed m.h.p. at styrke kompetencerne gennem sprogliggørelse af den enkeltes sundheds- og trivselsproblemer . Med etableringen og anerkendelsen af det såkaldte ”kommunikative rum” (Borup 1999) som udgangspunkt for sundhedssamtalen, har jeg fundet Bente Jensens kompetencematrix (2002b) anvendelig som teoretisk ramme for at støtte de svageste unge, men kun for erfarne sundhedsplejersker, idet matrixen er meget kompleks. Nyuddannede og mindre erfarne sundhedsplejersker kan med fordel anvende dele af den, og lade sig inspirere af bogens omfattende teorifremstilling. Matrixens anvendelighed begrundes jeg især med den potentialetænkning, der ligger implicit i modellen. Ved at samtænke præstationer og potentialer mener jeg, at ressourcer sættes frem for begrænsninger, og når de svageste og socialt udsatte unge skal støttes m.h.p. på sundhedsfremme i et trivselsperspektiv, finder jeg, at det er brugbar vej frem.

Jeg vil således fastholde, at sundhedsplejersken har en vigtig opgave at løse i forhold til denne afhandlings målgruppe, men må samtidig erkende, at der også er mange begrænsninger.

Begrænsningerne findes på flere niveauer. På et helt overordnet niveau har jeg i et settingperspektiv beskæftiget mig med sundhedsplejersken som en del af en settingen ”en skole”, og her især fundet interessentkonflikten relevant. Sundhedsplejersken skal på skolen begå sig i en anden kultur end den, hun selv er ”opdraget” og uddannet i; hun er kun perifert tilknyttet skolen og skal finde og begrunde sin berettigelse i et samspil med skolens ledelse, lærere og andet personale, samtidig med at hun skal efterleve loven og de kommunale retningslinier for sundhedsplejeordningen indenfor en meget begrænset tidsramme. De forskellige interessenter kan have mange forskellige konstruktioner af fænomenet ”sundhedsplejerske” og de dertil knyttede opgave; konstruktioner, der ikke nødvendigvis harmonerer med sundhedsplejerskens egen opfattelse og konstruktion . I forhold til denne problematik har jeg introduceret SWOT analysen, som redskab til at få de forskellige interesser og mulige konflikter bragt i konstruktiv diskussion.

Med Giddens som reference har jeg i forhold til settingperspektivet diskuteret ekspertsystemernes store betydning i det moderne samfund, og jeg finder, at det kan være vanskeligt som ”almindeligt” menneske at komme til at udvikle visioner og ønsker i forhold til egen sundhed og trivsel, når ekspertsystemet hele tiden er på banen med viden, der alligevel kun er sikker indtil videre. Den enkelte unge er ekspert på sig selv og skal, når der arbejdes ud fra et åbent sundhedsbegreb, tages alvorligt og støttes i at udvikle sig på egne betingelser, samtidig med at der må tages særlige forbehold, netop fordi forældrene stadig er ansvarlige og har betydning også i forhold til sundhed og trivsel. Sundhedsplejersken er en af de professionelle, der har mulighed for at støtte den unge i kompetenceudviklingen i bred forstand mhp sundhedsfremme. Hendes største force, er at hun ser og taler med alle børn på skolen, og at hun gennem andre sundhedspædagogiske aktiviteter som de, jeg har præsenteret, har mulighed for at vise, at hun besidder andre kompetencer end, det der handler om at screene og kontrollere, sådan som det kendes fra det moraliserende paradigme. Ved at deltage i forskellige sundhedspædagogiske aktiviteter på skolen får sundhedsplejersken mulighed for at deltage i sundhedsundervisningen med sin faglighed, udfra et demokratisk paradigme, hvis det er der, hun har sit afsæt.

Netop paradigme diskussionen, koblet til de filosofiske og pædagogiske perspektiver på afklaring af hvilket sundhedsbegreb, den enkelte arbejder i forhold til, har for mig haft den allerstørste betydning for udvikling af skolesundhedsplejen i dette uddannelsesforløb. Hvis man som sundhedsplejerske kan blive afklaret dels om sit eget sundhedsbegreb og dels om det værdigrundlag, man arbejder

udfra, mener jeg, der allerede dér er sket en kvalificering af sundhedssamtalen. Især for de svageste unge, som ofte er blevet ”udsat” for den ene undersøgelse efter den anden m.h.p. at finde ”fejlen” og iværksætte den rette eksperthjælp, vil det være en gevinst at møde en sundhedsplejerske, der arbejder udfra et ressource- og kompetence perspektiv.

Med ovenstående er ikke sagt, at ingen andre arbejder udfra dette perspektiv, idet jeg godt er klar over, at det er den vej, mange professionelle søger i disse år. Sundhedsplejersken er blot *også* en mulighed, og hun har mulighed for at medvirke til nogle af de konkrete forslag, Bente Jensen (2002b:203) fremlægger. Når det er sagt, skal jeg samtidig vende tilbage til ressourceproblematikken og de mange opgaver, der er beskrevet. Jeg har i denne afhandling haft fokus på de svageste, fordi jeg mener, at sundhedsplejersken kan gøre en forskel, hvilket også Borups undersøgelse viste. Det kræver imidlertid, at sundhedsplejersken prioriterer denne gruppe og de opgaver, der er forbundet hermed, og også kvalificerer sig til dette bl.a. via åbenhed i forhold til målgruppen. Det kræver udover prioritering, evne til at samarbejde bredt, et afklaret sundhedsbegreb og mod til at lade de unge (helst sammen med forældrene eller andre i den relationelt betingede setting) selv tage teten og udfolde sit eget sundhedsbegreb m.h.p. at etablere engagement og udvikle visioner for sundhedsfremme og trivsel på egne betingelser

8.2 KONKLUSION

Med udgangspunkt i denne afhandlings antagelse om at *virkeligheden konstrueres af individer i interaktion med den sociale verden i ønsket om at forstå deres virkelighed*, vil jeg derfor konkludere, at sundhedsplejersken i interaktion med svage og socialt udsatte unge, enten individuelt eller gennem andre aktiviteter, har mulighed for at støtte den enkelte ved at forsøge at forstå deres virkelighed og den sociale verden, de er en del af udfra en ressource- og kompetence tankegang. I det modernitets- og dermed dualitetsperspektiv, der er anvendt i denne afhandling, må udgangspunktet for samtalen være, at det er muligt at påvirke de strukturer, som igen påvirker den enkelte – vi har selv indflydelse på vores liv, sundhed og trivsel, og vi besidder de nødvendige ressourcer, men kan have brug for at blive støttet i at finde dem frem. Gennem samtalen, med udgangspunkt i et bredt kompetencebegreb og et defineret sundhedsbegreb, kan sundhedsplejersken støtte den unge i at mobiliseres den diskursive og refleksive bevidsthed m.h.p. sundhedsfremme, primært forstået som øget trivsel

Jeg konkluderer samtidig, at det kræver en prioritering af opgaverne i samarbejde med de forskellige interessenter, og at denne opgave kræver en erfaren og kompetent sundhedsplejerske, som tør sætte sit eget sundhedsbegreb og sit oprindelige naturvidenskabelige fundament i spil i samtalen med den unge. Erfaringen og kompetencerne erhverves gennem de mange årlige sundhedssamtaler med alle skolens elever og ved at deltage i skolens øvrige sundhedspædagogiske aktiviteter.

8.3 PERSPEKTIVERING:

I denne afhandling har jeg beskæftiget mig med en lille, men væsentlig del af sundhedsplejerskens arbejde på skolen. Mange områder af dette arbejde ligger fortsat åbne, områder som er på flere niveauer, idet jeg finder, at det dels handler om at blive klogere på, hvad målgruppen selv tænker, dels hvad sundhedsplejersker tænker om deres opgaver i forhold til målgruppen. Endelig finder jeg, at der er tale om et mere overordnet niveau, hvor det drejer sig om uddannelse og politiske strategier og visioner på området.

I naturlig forlængelse af denne afhandling finder jeg det således væsentligst at undersøge, hvad de svageste og socialt udsatte unge selv tænker om sundhedsplejerskens opgaver generelt og specifikt i forhold til dem selv, deres sundhed og trivsel. Et væsentligt begreb og perspektiv, som jeg desværre ikke har fundet plads til at beskæftige mig med i denne afhandling er mestring. I kapitel 5. afsnit 2 fremhæver jeg Bente Jensens definition af sundhed uden at forholde mig yderligere til den i det afsnit, men den er taget med, fordi jeg finder, at mestringsbegrebet ligger i oplagt forlængelse af denne afhandlings problemstilling. At kunne mestre sin tilværelse med de vilkår og stød livet tildeler én, hænger i Bente Jensens undersøgelse tæt sammen med oplevelsen af sundhed, og jeg finder, at dette begreb hænger tæt sammen med kompetenceudvikling, sådan som jeg har beskrevet det i denne afhandling.

Et andet niveau ville være at undersøge sundhedsplejerskers im- og eksplicite sundhedsbegreber m.h.p. at kunne indkredse om den betydning, jeg har tillagt dette i afhandlingen, nu også "holder stik". I forbindelse med indkredsningen af nærværende problemstilling har jeg bl.a. læst Cand. Cur. Hanne Sixhøjs afhandling "Sundhedspleje – et tilbud om kontrol?" (Sixhøj 2002). Jeg har fundet afhandlingen og dette provokerende spørgsmål meget relevant og interessant også i forhold til skolesundhedsplejen og de problemer, jeg i tidligere afhandlinger på denne uddannelse har fremanalyseret omkring de forskelligt rettede opgaver sundhedsplejersken har at løse, men måtte

afstå fra at beskæftige mig med dette aspekt i denne afhandling. Ville de svageste og socialt udsatte unge også opleve sundhedsplejen som et tilbud om kontrol, uanset at sundhedsplejersken har de bedste intentioner om at tilbyde sig som samtalepartner udfra et åbent og positivt sundhedsbegreb og med handlekompetencebegrebet som omdrejningspunkt ? Hvis ja, hvilke kompetencer skal sundhedsplejersken så udvikle, og hvordan skal sundhedsplejersker dannes og uddannes i fremtiden, hvis hun ikke vil agere som og opfattes som kontrolforanstaltninger? Hvordan udvikles konstruktionerne af fænomenet ”sundhedsplejerske”, og hvordan sker den gensidige påvirkning i konstruktionerne ? Skal sundhedsplejersker holde sig til et mere snævert paradigme og således holde fast i sundhedsplejens oprindelige grundlag, og lade andre om at forholde sig til og udvikle det demokratiske paradigme? Flere spørgsmål kunne stilles – jeg finder det relevant og udfordrende at beskæftige mig med disse overvejelser i et udviklingsperspektiv.

Endelig er der det tredje niveau, nemlig det uddannelsesmæssige og politiske niveau, som er en naturlig følge af ovenstående. Hvad vil sundhedsplejerskerne med fremtidens sundhedspleje og hvilke politiske vinde blæser hvorhen? Som sundhedspædagog er det oplagt, at jeg skal blande mig og bringe flere aspekter ind i diskussionerne, både blandt kollegaer, i lederkredse og på uddannelsesinstitutionerne. Endelig har jeg mulighed for at diskutere de politiske implikationer på embedsmandniveau i den kommune, jeg er ansat i, og deltage i den almindelige offentlige debat.

Skolesundhedsplejen og sundhedssamtalen er tæt knyttet og mulighederne mangfoldige. Uanset hvilken vej vi går, tror jeg imidlertid, at sundhedsplejens største udfordring og mulighed for øgede ressourcer i fremtiden ligger i at se nødvendigheden af at begrænse sig i forhold til de mange grene, som arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse tilbyder. Kun derigennem tror jeg, vi kan sikre sundhedspleje af høj kvalitet.

Om forfatteren:

Annette Poulsen er uddannet sygeplejerske i 1985, uddannet til sundhedsplejerske i 1994 ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole, afdelingen i København. Siden endt videreuddannelse været ansat som sundhedsplejerske på Lokalcenter Bispebjerg i Københavns Kommune. Fra 1997 som koordinerende sundhedsplejerske bl.a. med ansvar for det tværfaglige samarbejde, kvalitetssikring og metodeudvikling. Samtidig med de koordinerende opgaver har jeg varetaget

skolesundhedsplejen på en mellemstor kommuneskole og en pakistansk privatskole, samt haft en del spædbørnsfamilier.

Development of competence through the health dialogue - what to do with the weakest individuals ?

This master thesis of health pedagogic deals with a part of the health visitor's work with school children, as it, in a setting perspective, describes the terms, possibilities and limitations that determine the conditions under which the regular health dialogue in school takes place. The health pedagogical centre of rotation of the thesis is a study of how the health visitor through the health dialogue with focus on competence development can help the weakest and socially exposed young people, starting from the sixth to the ninth class school level.

Based on the general setting perspective used in the thesis especially the conflicts of interest in the setting - the school - are in focus, and the thesis offers a discussion of the importance of expert systems in the modern society, which is inspired by Anthony Giddens' analysis of modernity. Furthermore, the health dialogue is discussed with relation to laws and general directives and with relation to the weakest and socially exposed teenagers. Based on a matrix of competence as theoretical framework the thesis also discusses how the health visitor "in the communicative room", where the dialogue takes place, can support the weakest and socially exposed young people in a development of competences, considering both performance and potentials.

Introducing and discussing health terms in philosophical as well as pedagogical perspectives the thesis concludes that the health visitor through the health dialogue, based on a wide term of competence and a defined health term, can support the young in mobilising the reflexive and discursive consciousness, with reference to increased health, primarily interpreted as increased well-being. The thesis also concludes that this requires putting the tasks into order of priority, in cooperation with various involved parties, and that this job is best done by a competent and experienced health visitor who dares bring her own health term and initial scientific foundation into action during her dialogue with the young. The experience and competences are obtained through the many annual health dialogues with all the pupils and by participating in other health pedagogical activities of the school.

Litteratur liste:

- Andersen, M.L, Brok, P., Mathiasen, H (2000) *Empowerment på dansk*. Frederikshavn Dafolo
- Andersen, H. & Kaspersen, L.B.(red) (2000) *Klassisk og moderne samfundsteori*. København: Hans Reitzels Forlag
- Andersen, I (2002) *Den skinbarlige virkelighed*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur
- Bakka, J.F & Fivesdal (1994): *Organisationsteori*. København: Handelshøjskolens Forlag
- Borup, I.K (1995): *Sundhedssamtaler med børn*. Avhandlingsarbejde i Folkhälsovetenskap (Master i Public Health) Göteborg: Nordiska Helsovårdshögskolan
- Borup, I.K (1999): *Learning about health: The pupil's and the school health nurse assesment of the health dialogue (Dissertation)* Göteborg: Nordiska Helsovårdshögskolan
- Borup, I.K. (2000) *Sundhedssamtalen*. "Sygeplejersken" nr. 41/2000
- Bremberg, S (1998) *Health promotion in school age children* Scand J Soc Med vol. 26 no 2 s81-84
- Buus, H (2001) *Sundhedsplejerskeinstitutionens dannelse* København: Museum Tusulanums Forlag
- Coninck- Smith, N (2000) *For barnets skyld*. København: Nordisk Forlag
- Gabrielsen, T., Mac-Zagal, R (1997) *Sundhedspædagogik for praktikere* København: Munksgård
- Giddens, A (1984): *The Constitution of Society*. Cambridge: Polity Press
- Giddens, A (1991): *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag
- Hertz, Berit (2001) *Appreciative inquiry som sundhedsplejerskens værktøj* Sygeplejersken. April 2001
- Hjälmhult, E (2002) *Skolehelsetjenesten og helsefremmende arbejde*. Vård i Norden 1/2002 publ. No.63 vol. 22 pp 42-46
- Indenrigsministeriet (1937): *Lov om bekæmpelse af Sygelighed og Dødelighed blandt Børn i det første Leveår*.
- Indenrigsministeriet (1972):*Lov nr. 266 af 7. juni 1972 om skolelægeordningen med senere ændringer*
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002) *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*
- Jacosen, B et al (2001) *Videnskabsteori* København: Gyldendal
- Jensen, Bente (2002a) *Kompetence og pædagogisk design*. København: Nordisk Forlag
- Jensen, Bente (2002b) *Sundhed og sårbarhed*. København: Hans Reitzels Forlag
- Jensen, Bjarne Bruun (2000a) *Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden*. I: Læring i sundhedsvæsenet s.191-212 København Nordisk Forlag A/S
- Jensen, Bjarne Bruun (red) (2000b) *Handling, læring og forandring* København: Danmarks Lærerhøjskole og komiteen for sundhedsoplysning
- Jensen, T & Johnsen, T (2000) *Sundhedsfremme i teori og praksis*. Århus: Philosophia
- Jyllandsposten (2003) *Når det unge liv gør ondt og Tal med dit barn* (21/2 1.sektion s. 2)
- Jørgensen, Per Schultz (2002) *Risikobørn i Danmark – status over en 10 årig indsats*. Social Kritik 84 /2002
- Kaspersen, L.B. (1995): *Anthony Giddens - introduktion til en samfundsteoretiker*. København: Hans Reitzels Forlag

Københavns Kommune, Uddannelses- og ungdomsforvaltningen (02:2003) *Høring vedrørende model for udmelding og anvendelse af ressourcer til mønsterbrydning (behovstimer)*. Kommunalt internt papir udsendt til Skolebestyrelser, Fællesrådet for Folkeskolen og Det fællespædagogiske Råd

Lichtenberg, A (1998) *Sundhedsplejen i går, i dag og med perspektiver til sundhedsplejen i morgen – en beskrivelse af sundhedsplejens kerne*. Århus: Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Århus Universitet

Mittelmark, Maurice (1997) *Health Promotion Settings* Internet Journal of Health Promotion
URL: <http://www.monash.edu.au/health/IJHP/1997/2>

Nielsen, B., Theilgaard L & Jensen, Bj.(2002) *Den Sundhedsfremmende Skole. Evaluering af et projekt i Frederiksborg Amt 1998-2001*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet
Pedersen, K.B & Nielsen, L.D. (2001) *Kvalitative metoder – fra metateori til markarbejde*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag

Ploug, N (2002) *Begreber og indfaldsvinkler i forskningsprogrammet om social arv*. Working Paper 01:2002 Socialforskningsinstituttet

Poulsen, A (2001) *Julemærket – fra velgørenhedside til sundhedspædagogisk praksis? Modul 1 opgave - Master i sundhedspædagogik studiet*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet

Poulsen, A (2003) *Sundhedssamtalens didaktik og sammenhæng Modul 3 opgave – master i sundhedspædagogik studiet*. København: Danmarks Pædagogiske Universitet

Rasmussen, M. , Due, P. , Holstein, B.E. *Skolebørnsundersøgelsen 1998* Københavns Universitet Institut for Folkesundhedsvidenskab: Komiteen for Sundhedsoplysning

Sixhøj, H. (2002) *Sundhedspleje – et tilbud om kontrol* Århus: Institut for Sygeplejevidenskab, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Århus Universitet

Sjørup Simonsen, S (2000) *Sundhedens filosofi*. Århus: Forlaget Klim

Socialforskningsinstituttet: *Forskningsprogrammet om social arv*. URL: <http://www.forskningsprogrammet-social-arv.dk>

Sundhedsstyrelsen (1 /1983) *Vejledende retningslinier for tilrettelæggelsen af skolelægeordningen*

Sundhedsstyrelsen (10/1983) *Supplerende retningslinier vedrørende skolesundhedsplejerskens opgaver i skolelægeordningen*

Sundhedsstyrelsen (1995) *forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*

Tones, K & Tilford, S (2001) *Health Promotion – effectiveness, efficiency and equity* United Kingdom: Nelson Thornes Ltd

Undervisningsministeriet (1995) *Sundheds- og seksualvejledning samt familieundskab*. Vejledende læseplan

Viftrup, J. E. (1993) *Du bestemmer! En anderledes sundhedsvejledning* Ringkøbing Amtskommune

Wackerhausen, S (2000) *Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme*.

I: *Sundhedsbegreber filosofi og praksis* s.43-75 Århus: Forlaget Philosophia

Wenzel, E (1997) *A comment on settings in health promotion*. URL: <http://www.monash.edu.au/health/IJHP/1997/1>

www.monash.edu.au/health/IJHP/1997/1

WHO (1988): *Ottawa charteret*. København: Komiteen for sundhedsoplysning

WHO (1997): *The European Network of Health Promotion Schools*. Regional Office for Europe, Copenhagen

Zøllner, L (2002) *Unges (mis)trivsel* Odense: Center for selvmordsforskning

Guide til semi-struktureret interviews

I forhold til ledelsesmæssige aspekter:

- Hvor mange sundhedsplejersker er der ansat i kommunen?
- Hvor mange skoler med hvor mange skolebørn i kommunen?
- Hvor stor andel af det samlede timetal anvendes på skolesundhedspleje?
- Arbejdes der i kombineret ordning?
- Er der udviklet mål for skolearbejdet, som definerer sundhedsstyrelsens overordnede mål yderligere / nærmere?
- Har I særlige mål for arbejdet med de svageste og socialt udsatte elever på skolerne?
- Har I udviklet strategier og metoder til arbejdet med netop denne gruppe børn?
- Er behovsbørn defineret? / hvordan foretages afgrænsningen?
- Er der skoler i kommunen som er medlem af netværket af sundhedsfremmende skoler?
- Er der oprettet tværfaglige grupper på skolen? - hvad tager grupperne sig af?
- Er der udviklet mål for samarbejdet i skolerne?
- Samarbejder sundhedsplejerskerne på tværs af skolerne?
- Har I diskuteret forebyggelses/sundhedsfremme perspektivet i lovgivningen. Hvis ja - hvor lægges vægten i arbejdet

Spørgsmål til aspekter, der vedrører ”almindeligt” sundhedplejearbejde

- Hvor længe har du arbejdet som skolesundhedsplejerske?
- Hvor længe har du været på din nuværende skole?
- Hvor lægger du vægten i dit arbejde (forebyggelse/sundhedsfremme)?
- Arbejder du målrettet med behovsbørn?
- Har I en tværfaglig gruppe på din skole?
- Hvilke samarbejdsrelationer kan du i øvrigt beskrive (blandt sundhedsplejerske kollegaer / kommunelæge/ skolens ledelse og lærere)
- Har du udviklet særlige strategier og metoder for arbejdet med de svageste og socialt udsatte elever? Hvilke?
- Hvilke overvejelser har du gjort dig i forhold til sundhedsplejerskens rolle mht at medvirke til at bryde den sociale arv? Hvilke muligheder ser du ?
- Hvad er skolesundhedsplejerskens (din) største force i arbejdet med de svageste og socialt udsatte elever?

De interviewede sundhedsplejersker er:

Sundhedsplejerske A, som er delvis leder og almindeligt fungerende sundhedsplejerske i en geografisk stor kommune med ca 240 nyfødte om året og med 5 kommuneskoler og 5 private skoler med godt 2500 elever. Eleverne tilbydes sundhedssamtale hvert andet år og sundhedsfremmende undervisning hvert andet år. Der er afsat 20 min. / elev. Sundhedsplejerskerne i denne kommune er optaget af metoden ”Appreciative inquiry” Skolen, som sundhedsplejersken arbejder på, er med i netværket af sundhedsfremmende skoler

Sundhedsplejerske B, som er delvis leder og almindeligt fungerende sundhedsplejerske i en mindre kommune, hvor der er ca. 168 nyfødte om året og ca. 2000 skolebørn. Der tilbydes individuelle sundhedssamtaler og sundhedsfremmende undervisning på alle klassetrin, og der er tæt samarbejde mellem lærere og sundhedsplejerske. Der oprettes desuden relevante gruppetilbud på baggrund af problemstillinger, der er kommet frem via sundhedssamtalerne. Der er tilbud om sorggrupper i kommunen. Der arbejdes efter metoden ”Du bestemmer” i 9. klasse. Skolen, som sundhedsplejersken arbejder på, er med i netværket af sundhedsfremmende skoler

Sundhedsplejerske C, som er delvis leder og almindeligt fungerende sundhedsplejerske i en lille kommune med kun 120 nyfødte om året og 1200 skolebørn fordelt på 4 skoler. Man tilstræber at tilbyde alle børn sundhedssamtale hvert år, men normeringen rækker ikke helt, og når man er presset, bliver det skolearbejdet, der nedprioriteres. Der arbejdes ikke efter bestemte metoder; ”Du bestemmer” har været afprøvet, men er fravalgt, da det var for ressourcekrævende. Skolen er ikke med i netværket af sundhedsfremmende skoler.