

Masterprojekt

Skolen som sundhedsfremmende setting

Kirsten Birk Johannsen



Sundhedsfremme af Verner Brems

Master i Sundhedspædagogik

Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet

Masterprojekt efterfulgt af mundtlig eksamination

Studienummer: 20090863

Sommereksamen 2011

Vejleder: Mia Herskind, Lektor, Ph.d.

Antal anslag max: 144.000 Antal anslag i opgaven: 132.328

Forside billede:

Sundhedsfremme

Motivet handler om at fremme sundhed og rette fokus på livet. Mennesker har behov for at skabe sig et godt liv. Det at opleve en sammenhæng i tilværelsen gør livet meningsfuld. Stigen, der fører op til denne målsætning, kan både bestiges med stok eller bare tæer. Autonomi og empowerment betyder at sætte folk til at handle selv. De opnår selvbestemmelse over eget liv og kan tage en svingom på kanten af dagens ret fuld af de gode sager.

Verner Brems. Tegner & maler

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
Forord.....	2
Dansk resume.....	3
English abstract.....	4
Indledning.....	5
Sundhed og trivsel hos børn og unge.....	5
Der er brug for tværfagligheden.....	6
Problemformulering.....	9
Eksisterende viden om sundhedsfremmende indsatser i skolen og tværfaglige samarbejdsrelationer.....	9
Opgavens opbygning.....	11
Videnskabsteoretisk udgangspunkt.....	12
1. DEL: Settingperspektivet --whole system thinking--	14
Det brede og positive sundhedsbegreb.....	14
Skolen som setting, sundhedsplejersken som mediator.....	16
Social kapital som ressourceperspektiv.....	19
Social læringsteori og Praksisfællesskaber.....	21
Sammenfatning vedr. 1.del.....	25
2. DEL: Anvendelse af praksisportrætter som pilotprojekt	26
Formål og overordnet design.....	26
Praksisportrætter som metode.....	26
Undersøgelhedsdesign.....	27
Udvælgelse af informanter (medforsker).....	29
Forsker og medforskers rolle. Juridiske og etiske overvejelser?.....	30
Dataanalyse af praksisportrætter og fokusgruppeinterview i pilotprojekt.....	31
Kort om informanterne.....	31
Analyse strategi.....	31
Analyse.....	32
Konklusion.....	43
Diskussion og metodekritik.....	44
Perspektivering.....	47
Litteratur.....	50
Bilag 1: Informations brev.....	52
Bilag 2: Spørgeskema til praksisportræt.....	53
Bilag 3: Interviewguide til semistruktureret kvalitativt fokusgruppeinterview.....	55
Bilag 4: Cd- rom indeholdende Empiri - Besvarelse af praksisportræt og 2 transskriperede semistrukturerede kvalitativegruppeinterviews (ikke i denne udgave)	
Godkendelse af problemformulering_(ikke i denne udgave).....	58
 Oversigt over figurer:	
Figur 1: Fire forskellige sundhedsbegreber.....	15
Figur 2: "Tænke ramme" til det brede og positive sundhedsbegreb.....	15
Figur 3: Skolen som "setting".....	17
Figur 4: Strukturel forebyggelse.....	18
Figur 5: Komponenter i en social teori om læring.....	22
Figur 6: Praksisdimensioner som egenskab ved et fællesskab.....	24
Figur 7: Udgangspunkt og design af pilotprojektet.....	29
Figur 8: Lysregulering.....	47

Forord

Vi bygger -- alt imens vi sejler – vi bliver klogere undervejs og Rom blev ikke bygget på en dag....

Ovenstående finder jeg kendetegnende for min egen proces under skrivning af masterprojektet – og samtidig finder jeg sætningen brugbar, for den proces der skal til, for at vi sammen kan udvikle den danske folkeskole til en sundhedsfremmende setting.

Masterprojektet retter sig primært mod sundhedsplejersker, lærere og ledelse, sekundært mod skolebestyrelse og andre samarbejdspartnere, som har indflydelse på børn og unges skoleliv. Desuden til politikere og andre som har indflydelse på sundhedsfremme og strukturel forebyggelse i Danmark.

Der er en del illustrative tegninger og figurer indsat, håber det kan være med til at skabe overblik og forståelse, da jeg i det hele taget mener, at det fremmer læringsprocesser, når teori m.m. bliver gjort illustrativt.

En særlig tak til de lærere som stillede sig til rådighed for undersøgelsen, til gode venner og kolleger, som har været med til at validere emnets aktualitet. Tak til familien som har støttet op om lysten og modet hele vejen igennem.

Dansk resume

Med fokus på børn og unges trivsel ønskes det at fremme sundheden på en folkeskole. Udgangspunktet er settingsbegrebet og det sociokulturelle. Som mediator ønskes det at igangsætte sundhedsfremme med de tværfaglige samarbejdsrelationer, som er på skolen. Undersøgelsesmetoden hertil er en metode, som bygger på teorien bag aktionsforskning. Informanterne i pilotprojektet er medforskere og i fællesskab udvikles viden til nye handlemuligheder omkring sundhedsfremme og samarbejde. Datamaterialet bygger dog på et meget lille grundlag men menes alligevel at være repræsentativt.

Indledningsvis tages der udgangspunkt i børn og unges trivsel eller mangel på samme på en dansk folkeskole. Sundhedsplejerskens opgave på skolen er at være med til at fremme børn og unges sundhed og trivsel. Sundhedsplejersken arbejder både med forebyggelse og sundhedsfremme. Også skolen har et ansvar for formidling af sundhed i form af det tværfaglige sundhedsfag, som beskrives i Faghæfte 21.

Masterprojektet undersøger hvilke processer og forhold, der har betydning for, at skolen kan udvikle sig til en sundhedsfremmende setting. Med særlig fokus på hvordan samarbejdet mellem lærerne og sundhedsplejersken kan skabe netværk og handlemuligheder.

1.del bygger på litteraturstudier og teori omkring sundhedspædagogik og samarbejde set ud fra et setting perspektiv og approachesen "whole system thinking", Etienne Wengers sociale læringsteori og beskrivelse af praksisfællesskaber.

2.del er et pilotprojekt, som tager sit udgangspunkt i praksisportræt. Denne metode er god til organisationsforandringer, f.eks. omkring tværfagligt samarbejde, da der stilles reflekterende spørgsmål og sammen skabes evt. muligheder for at udvikle skolen til en sundhedsfremmende setting. Det empiriske materiale bygger på både praksisportræt og på semistruktureret kvalitative fokusgruppeinterviews. Der analyseres ud fra nogle temaer, som er karakteristiske for begge datindsamlinger.

Konklusionen er, at ledelsen på skolen har et stor ansvar i forhold til at udvikle skolen til en sundhedsfremmende setting. Der er brug for struktur, viden og samarbejde på tværs. Der skal skabes fælles virksomhed, fælles engagement og fælles repertoire omkring sundhed. Sundhedsplejerskens sundhedspædagogiske metoder giver ny viden og inspiration til lærerne. Samarbejdet imellem lærer og mellem lærer og sundhedsplejerske skal planlægges i god tid.

English abstract

A school wishes to promote good health by focusing on the well-being of their children and youths.

The starting point is setting concept and sociocultural.

As a mediator it is wished to start promoting health and well-being together with the interdisciplinary collaborators working at the school. The method used is based on the theory of action research. The informants in the pilot project are also researchers, and we have in collaboration developed information for new plans of action concerning good health care and cooperation. The data is from a very small basis but nevertheless representative.

The starting point is good health and well-being, or the lack of such, among children and youths in a Danish school. The Health Visitors job in the school is to help promote the health and well-being of the children and youths. The Health Visitor works both with prevention and the promotion of well-being. The school also has a responsibility for propagating health and well-being by interdisciplinary health lessons as described in. Booklets 21 (health- and sexual education and family studies)

The master project examines which processes and relationships have an influence on the school developing a health promoting setting. There is special focus on how cooperation between teachers and the health visitor creates network and plans of action.

Part 1 is based on literary studies and theories about health education and cooperation seen from a setting perspective. and the approach of "whole system thinking", Etienne Wengers social education theory and the description of practice communities.

Part 2 is a pilot project based on practice portraits. This method is suitable for changing organizations, for example concerning interdisciplinary cooperation, as reflective questions are asked and opportunities are made together to developing the school to a health promoting setting. The empirical material is based on both a practice portrait and on semi structured qualitative focus group interviews. The analyses are done from themes characteristic for both data collections.

The conclusion is that the head of the school has a huge responsibility as regards developing the school into a good health and well-being setting. There is a need for structure, knowledge and interdisciplinary cooperation. A mutual activity, enthusiasm and repertoire about health must be cultivated. The Health Visitors health education methods provide teachers with new knowledge and inspiration. The cooperation between teachers and health visitors must be organised in good time.

Indledning

Sundhed og trivsel hos børn og unge

Baggrunden for projektet er, at jeg, som sundhedsplejerske på en almen folkeskole i Skanderborg, ikke altid føler, at der er koordination og fokus på det tværprofessionelle samarbejde i forbindelse med børns og unges sundhed og trivsel. Desuden er det et faktum, at antallet af børn og unge med en dårlig livsstil stiger og at flere børn og unge rammes af livsstilssygdomme.

I den kommunale sundhedstjenestes elektroniske journalsystem, kan jeg se, at på skolen som jeg er tilknyttet og som også vil være mit undersøgelsesfelt, er 17 % børn og unge, som er overvægtige¹. Det er min erfaring, at overvægtige ikke altid trives optimalt. Ifølge undersøgelser om børn og om mobning ved vi, at børn kan blive drillet pga. deres udseende, og at overvægtige børn ej heller er de hurtigste til at løbe i en fodboldkamp eller til rundbold.

I almindelighed vil de, der forlader skolen med overvægt, forblive overvægtige resten af livet. Tidlig fokus på begyndende overvægt er derfor særdeles vigtig (Sundhedsstyrelsen 2005).

Dertil kommer, at SSP, som står for det lokale samarbejde mellem skole, socialforvaltning og politi, har lavet en ungeprofil i politikreds Østjylland. Ungeprofilen fortæller bl.a., at unge i Skanderborg Kommune føler sig i dårligere fysisk form end i alle andre kommuner i undersøgelsen.

Kun 1/3 af eleverne får den anbefalede søvn inden en skoledag, og der er en klar sammenhæng mellem opfattelsen af egen faglig dygtighed og mængden af søvn samt indtagelse af morgenmad hver dag. Undersøgelsen viser også, at der er færre unge i Skanderborg Kommune, som er glade for at gå i skole end unge i resten af kredsen, og næsten halvdelen af eleverne i 9. klasse mener, at de vil trives bedre i skolen, hvis undervisningen var tilrettelagt på en anden måde ("Ungeprofil 2010" med fokus på Skanderborg Kommune).

Trivsel og sundhed er også en mental tilstand, som er betinget af vigtige livsvilkår som tryghed, selvtillid samt det at have gode venner og forældre, dér er der for én. Det handler om at være i balance med sig selv, at kunne håndtere de forventninger og krav, der stilles til én i og uden for skolen (Wistoft 2010).

En ny undersøgelse af psykisk mistrivsel, som Statens Institut for Folkesundhed har udført for Sundhedsstyrelsen, viser, at hvert femte skolebarn har tre eller flere tegn på mistrivsel i deres daglige liv. De er kedede af det, nervøse, har svært ved at falde i søvn, føler sig uden for eller er presset af skolearbejdet. Andelen af børn med et dagligt symptom på mistrivsel er steget fra 1991 til 2010. Blandt 13-årige piger ses en stigning fra 10% til 23%, og blandt 13-årige drenge en stigning fra 9% til 15%(Sundhedsstyrelsen 2011).

Jeg syntes, det er bekymrende, at hvert femte barn viser tegn på mistrivsel. Dårlig mental sundhed forringer børnenes muligheder for udvikling og læring. Børn, der mistrives, har generelt også højere risiko for dårligere sundhed. Derfor er det vigtigt, at forældre, lærere og fagfolk er opmærksomme og reagerer på børn og unge, der udviser tegn på psykisk mistrivsel.

¹ Ved overvægtige forstås de børn, hvis BMI ligger over 90 % percentilen.

Kunne man foranlediges til at tro, at nuværende oplysningskampagner ikke virker, og at mange børn har en dårlig livsstil? Hvad er mistrivsel og dårlig livsstil? Ja, for mig er det blandt andet, når elever springer morgenmaden og madpakken over – til ære for en cola og et stykke pizza. Når en 8. klasses elev skriver, at hans fritidsinteresse er playstation i stedet for en eller anden form for idræt, og når forældre samtidig kører deres børn til skolen. Når skolekantine sælger hvidt brød og juice. Når børn og unge ser flere timers fjernsyn hver dag. Når de unge hellere vil have kontakt med hinanden via MSN eller Facebook i stedet for samvær.

Indtil dato har mange sundhedsfremmende tiltag ikke haft den effekt som ventet. Oplysninger om kost, alkohol, stoffer o. lign. har ikke ændret børns og unges adfærd. Grunde hertil kan være mange; børnenes alder, emnets relevans på undervisnings-tidspunktet, individuel livsstil og levevilkår, formidlingens form. Megen sundhedsoplysning bygger på formidling af viden, givet af eksperter. Antonovsky, som er professor i medicinsk sociologi, viser med metaforen "Livsfloden", at traditionel medicinsk behandling beskrives som arbejde med at redde de druknede op af en strid flod. Den forebyggende indsats prøver på at forhindre, at folk falder i floden (pga. dårlige levevilkår) Den sundhedsfremmende tilgang bygger på, at både behandlere og forebyggere har misforstået noget. Det er ikke ekspertens opgave at redde folk fra floden. Floden er et symbol på livets strøm, og alle vil før eller siden blive udsat for stride strømme. Sundhedsfremme handler om at lære folk at svømme – uanset hvor de befinder sig i floden (Antonovsky Aaron 2000).

Der er brug for tværfagligheden

Dette masterprojekt handler om den sociokulturelle læring i forhold til sundhed.

Som sundhedsplejerske har jeg gennem mit masterstudie primært interesseret mig for, hvad er det for et sundhedsbegreb og sundhedspolitik, som er mest udbredt i folkeskolen, og med hvilken pædagogik sundhed bliver formidlet.

Jeg ser sundhedsfremme som en social deltagelse, og det er derfor vigtigt at samarbejde tværprofessionelt og have et helhedssyn på det enkelte menneske i de miljøer, kontekster eller settings, hvor livet leves. Jeg har altid interesseret mig for det tværfaglige samarbejde og har gode erfaringer fra det tværfaglige og tværsektorielle arbejde, da jeg i flere omgange har været projektmedarbejder². Herfra ved jeg, at det er vigtigt at være sin egen faglighed bevidst, men også at kende til og respektere andres fagligheder og praksisfællesskaber. I disse projekter er mottoet efterhånden blevet: "Tværfaglighed rykker". Dette motto er begrundet i, at projekterne har styrket samarbejdet og tværfagligheden på tværs af afdelingerne i Fagsekretariatet Børn og Unge, en "utilsigtet" sidegevinst, som bør fastholdes.

² "Hvad jeg tror om andre – flertalsmisforståelser -- forebyggelse af risikoadfærd" læs på <http://www.ssp-silkeborg.dk/indsatser/hvad-jeg-tror-om-andre.aspx>

"Projekt Vold i familier med børn" læs på <http://vidensportal.servicestyrelsen.dk/temaer/vold-i-hjemmet/erfa-artikler-til-temaet-vold-i-hjemmet/behandlingsmodel-for-voldsramte-born-og-unge>

"Hotspot Højvangen" læs på http://www.nyidanmark.dk/da-dk/Integration/by_og_bolig/hotspots/hotspot_skanderborg_hoejvangen.htm?wbc_purpose=BasicSearchPublications.htm

Ifølge Bjarne Brun Jensen giver sundhedsfremme og forebyggelse først rigtig mening, når den konkrete kontekst tænkes ind i interventionen eller indsatsen (Jensen 2009).

Denne kontekst vil jeg her i masterprojektet se som et *"Setting perspektiv"*. Det er en anskuelsesform og er de sociale sammenhænge, hvori mennesker er involveret i hverdagslivets aktiviteter. Det er vigtigt, at vi heri tænker skolen, og at vi tænker bredt og anerkender, at de steder og i de kontekster, folk lever deres liv, har en afgørende rolle for deres velvære, trivsel og sundhed (Doris 2009).

Setting tilgangen kommer fra WHO: "Moving into the future. Health is created and lived by people within the setting of their everyday life: where they learn, work, play and love" (Komiteen for sundhedsoplysning 1988).

Mit aktuelle arbejdsområde som sundhedsplejerske på en folkeskole i Skanderborg Kommune er bl.a. at fremme børn og unges trivsel.

I pjecen til skolebørnenes forældre står der: *"Det er skolesundhedsplejens opgave at være med til at fremme dit barns sundhed og trivsel. Sundhedsplejersken arbejder både med forebyggelse og sundhedsfremme"*³ (Skanderborg kommunes hjemmeside 2011).

For mig er dette sundhedsplejerskens kerneområde, hvilket understøttes af *Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge*, som bygger på sundhedsloven nr.913 af 13/7 2010. Her beskrives vigtigheden og behovet for en øget tværfaglig indsats, samarbejde og koordination, samt inddragelse af forældrene i det sundhedspædagogiske arbejde. Desuden har sundhedsplejersken ofte to roller i forhold til konsulentfunktionen i skolen. Sundhedsplejersken kan optræde i rollen som sundhedsfaglig ekspert og derforuden som ekspert i at iværksætte en proces omkring sundhedsfremme (Sundhedsstyrelsen 2011).

I de fleste kommuner arbejder sundhedsplejen i kombinerede ordninger, dvs. at samme sundhedsplejerske både arbejder med småbørnsfamilier og med skolebørn. Som regel er det en enkelt sundhedsplejerske, som er tilknyttet skolen i et lokalsamfund. På skolen, som jeg er tilknyttet, er vi to sundhedsplejersker, som i det daglige giver faglig sparring og nye muligheder for i fællesskab at lave aktiviteter på tværs af faggrænser og muligheder for at støtte op omkring temauger m.m. I Skanderborg Kommune er vi organiseret i Fagsekretariatet Børn og Unge. Vi ser skolebørnene ca. 6 gange i løbet af 10 års skolegang. Børn med særlige behov ses oftere. Det kan være i form af sundhedspædagogiske indsatser på klassen, i små grupper eller individuelle sundhedssamtaler. Ved den individuelle sundhedssamtale taler jeg med eleven om, hvordan han/hun trives i skolen og derhjemme. Hvad er godt og hvad er evt. mindre godt i deres liv? En del af sundhedssamtalen er også funktionsundersøgelser af syn, hørelse, højde og vægt. Jeg vedkender mig her min sygeplejerskebaggrund, som bunder i en biomedicinsk tilgang. Der tales om KRAMS faktorer, som sædvanligvis står for kost, rygning, alkohol, motion og seksualitet, men når jeg tænker sundhedsfremme, står det for mig også for kompetencer, ressourcer, anerkendelse, mestring og succes. For at kunne "sikre" børn og unge en sund opvækst og et godt skoleliv er der brug for et større perspektiv. Jeg ser og taler med eleverne 6 gange i løbet af deres skoletid, hvilket ikke er meget i

³ Sundhedsfremme er i *Report of the 2000 Joint Committee on Health Education and Promotion Terminologi, 2001* desuden defineret som: "enhver planlagt kombination af uddannelsesmæssige, politiske, miljømæssige, regulerende eller organisatoriske mekanismer, som støtter handlinger og betingelser for at leve et liv, der bidrager til individers, grupper og lokalsamfunds sundhed." (Kamper – Jørgensen, & Jensen 2009)

forhold til at kunne "opdage", at eleven ikke trives optimalt, her er jeg som sundhedsplejerske afhængig af et godt samarbejde med skolens ledelse, lærere og psykolog, for at vi sammen kan fremme elevernes sundhed. Der er brug for en større anskuelserform, og skolens ledelse og lærere har stor betydning i forhold til samarbejdet omkring elevernes sundhed, da børn og unge tilbringer mange timer i skolen. Lærere har god kontakt og kendskab til den enkelte og kan derfor bidrage væsentlig til det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde omkring sundhed og trivsel (Sundhedsstyrelsen 2011).

Der er egentlig allerede lagt op til et sådan samarbejde gennem det tværfaglige sundhedsfag, som beskrives i Faghæfte 21 's demokratiske tilgang til sundhedsfremme. Her nævnes, at skolen har en sundhedspædagogisk opgave. Målet er at udvikle elevernes sundhedsmæssige handlekompetence, forstået som, at: "*...eleverne skal tilegne sig indsigt i vilkår og værdier, der påvirker sundhed (...) samt opnår forståelsen af samspillet mellem sundhed og miljø*" (Undervisningsministeriet 2009 s. 3).

Desuden skal eleverne "*...udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.*" (ibid).

Faget er timeløst og skal indgå i de obligatoriske fag (Ibid).

Samarbejde med andre faggrupper er endvidere beskrevet i lov § 5 stk.1 og § 20 og 21 af læreruddannelsens 2006, hvori der står, at der i uddannelsen indgår et tværprofessionelt element, som skal bruges i løsning af konkrete arbejdsopgaver herunder blandt andet i arbejdet med udsatte børn og unge (Undervisningsministeriet 2009).

Inspireret heraf spørger jeg mig selv, hvorfor lægges der først op til tværfagligt samarbejde, når børn er udsatte og ikke trives? Kunne samarbejdet ikke være der altid, inden et barn fik problemer? Jeg ser, at skolen egentlig er gearet til et sådan samarbejde – i alle tilfælde er der skabt et formelt grundlag, men der mangler måske noget strukturelt, professionelt og koordinerende? Ovenstående viser nødvendigheden af at arbejde tværprofessionelt. Vi bør have et idealistisk ønske om fælles fodslag, da målgruppen er den samme. Vores indgangsvinkel til målgruppen er forskellig. Vi er dygtige på hvert vores område, og tilsammen kan det blive et fagligt tilbud, som er med til at gøre en forskel.

Med dette masterprojekt ønsker jeg at blive klogere på forhold og processer, der spiller ind på det tværprofessionelle samarbejde og på praksisfællesskaber, ved hjælp af teorien bag den sociale læring og ved hjælp af egen undersøgelsesempiri fra praksisportræt. Mit ønske er på sigt at stå bedre rustet i forhold til at kunne argumentere og forstå, hvordan man laver fællesskaber på tværs, således at ansatte, elever og forældre kan mærke et samarbejde på tværs og en koordineret indsats omkring sundhed, således at skolen udvikler sig til en sundhedsfremmende setting. Hvilke barrierer og hvilke muligheder er der for at fremme børns trivsel og det gode liv? Hvilke muligheder er der for at skabe en sund skole med f.eks. inspirerende bevægelsesmiljøer, sund madordninger, rygeforbud, sundheds-/trivselsråd etc.

Der er en mængde dokumentation for et bredt, meningsfyldt og godt samarbejde omkring børns skoleliv. Men hvad er det så, der gør det så svært? Er det berøringsangst og tabu? Er sundhed ikke det samme for mig som for skolelærerne? Er nationale test og Pisa undersøgelser et større under-

visningsmål end at forholde sig til sundhed? Er det manglende tid, ressourcer og kompetencer? Ovenstående leder mig frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

***Hvilke processer og hvilke forhold har betydning for, at skolen kan udvikle sig til en sundhedsfremmende setting?
Med særlig fokus på
Hvordan de sundhedsfremmende samarbejdsrelationer mellem lærerne og sundhedsplejersken kan skabe netværk og handlemuligheder.***

Eksisterende viden om sundhedsfremmende indsatser i skolen og tværfaglige samarbejdsrelationer

I mit daglige arbejde er jeg stødt på en del, både udviklingsprojekter og forskningsprojekter som bekræfter, at tværfaglige samarbejdsrelationer når man længst med i forhold til at hjælpe børn og familier, der ikke trives. Bl.a. i en publikation fra Sundhedsstyrelsen (2009). *Udvikling og nye samarbejdsrelationer*, som er en opsamling af erfaringer fra ti pilotprojekter indenfor daginstitutioner og indskolingsområdet. Her beskrives tillige, at sundhedsplejersken har en vigtig rolle i den tidlige indsats, men at vilje og samarbejde ikke er nok, der må arbejdes metodisk og strukturelt.

I forbindelse med at afdække eksisterende viden og litteratur skrevet omkring sundhed, tværfagligt samarbejde og skole, har jeg søgt på ind- og udenlandske databaser.

Søgningen har taget udgangspunkt i søgeordene:

- Sundhedsfremmende indsats i skolen. (health promotion in schools)
- Tværfaglige samarbejdsrelationer (multidisciplinary collaborative relationships)

Med min biomedicinske baggrund startede søgningen ud på medicinske-/sygeplejedatabaser, men den her beskrevne litteratur er fundet på de pædagogiske/psykologiske databaser.

Der er flere interessante undersøgelser, som f.eks. omtaler overvægt, dårlig trivsel og risikoadfærd. Flere af dem beskriver det tværfaglige samarbejde som givende, at deltagelse og engagement er vigtige elementer i forhold til udbyttet (Johannsen 2010).

Af udenlandsk litteratur er der bl.a. i en amerikansk undersøgelse beskrevet vigtigheden af at se skolen som organisatoriske setting. Artiklen præsenterer resultaterne af kvalitative interviews foretaget omkring skolebørn og overvægt. *Assessing the Feasibility of a Multi-Program School-Based intervention to Promote Physical Activity and Healthful Eating in middle Schools Prior to Wide-Scale Implementation* af Mary Greaney et al. (2007).

Baggrunden for denne undersøgelse er, at overvægt er et alvorligt problem i forhold til sundhed. Overvægt har udfordret forskere og praktikere i USA til at udvikle effektive og bæredygtige tiltag til at afværge de sundhedsmæssige og sociale konsekvenser af ovennævnte status.

Målet er at kunne udvikle en skolebaseret handlingsplan for at forbedre elevernes sundhed og at involvere de studerende, lærere, forældre og lokalsamfund i fremme af sundhed og helbredsadfærd. Resultatet af undersøgelsen viste bl.a., at der er behov for partnerskaber. Skolerne har brug

for en central og synlig leder og et engageret tværfagligt team til at gennemføre og fastholde Sundhed (Johannsen 2010).

Jeg er dog særlig blevet inspireret af de undersøgelser, der har været danske. De er bedre sammenlignelige med mit eget undersøgelsesfelt, og her vil jeg specielt nævne Karen Wistoft's m.fl. undersøgelse i fem kommuner. *Sammenhæng i den kommunale indsats – med fokus på børn og unges sundhed*.

Denne danske rapport er den tredje og sidste forskningsrapport i projekt *Risikable børn og unge*. Den fokuserer bl.a. på hvordan kommunerne betragter børn og unge som deltagende, når det drejer sig om forebyggelse og sundhedsfremme.

Fem forskellige kommuner har deltaget – forskelligheden ligger i både størrelse og placering i landet. Formålet med at undersøge den kommunale indsats har været at få et billede, af de forventninger, udfordringer og hvilken velvilje der er.

Metoden har været kvalitative fokusgrupper - og enkeltinterviews.

Resultatet af undersøgelsen er, at kommunerne generelt prioriterer forebyggelse og sundhedsfremme mod børn og unge højt, men der er udfordringer på det ledelses- og videnskabsmæssige plan og i forhold til tværfagligt samarbejde, faggrupperne imellem.

Specielt fremhæves problemstillingen angående samarbejdet mellem kommunens sundhedsprofessionelle, som er koncentreret omkring risikoadfærd, og skolerne, hvis kerneydelse er uddannelse og dannelse. Der bør formuleres fælles værdigrundlag og fælles mål, der tilgodeser de forskellige interesser blandt de aktører, der skal yde en sundhedsfremmende indsats. En kobling mellem pædagogik og sundhed er en af rapportens vigtigste budskaber. (Wistoft et.al. 2009)

Et meget dybdegående projekt. Rapporten og undersøgelserne har stor relevans for mit masterprojekt, både som inspiration til selve undersøgelsen, da den er dansk, dermed meget sammenlignelig og som bekræftelse af, at der skal fokus på området (Johannsen2010).

Ligeledes har jeg ladet mig inspirere af Morten Ejernes, som har skrevet bogen: *Faglighed og tværfaglighed - Vilklårene for samarbejdet mellem pædagoger, sundhedsplejersker, lærere og socialrådgivere*. (Ejernes 2006) En bog som bygger på en stor dansk empirisk undersøgelse. Personalet fra de fire nævnte professioner har på baggrund af 17 cases besvaret nogle spørgeskemaer.

På det sociale område er netop tværfagligt samarbejde højt prioriteret men også meget diskuteret. Der kan være en tendens til, at tværfagligt arbejde er svært at etablere, og årsagen tillægges i nogen grad fagprofessioners forskellige syn på børn og deres sociale problemer.

Formålet med undersøgelsen var at bekræfte eller afkræfte hypotesen om, at forskellige faggrupper gennem uddannelse, forskellige opgaver, strukturer og kulturer udvikler et fælles syn på og holdning til børns sociale problemer, hvilket får betydning for udvikling af fælles holdninger, normer og værdier – samt deres holdninger til det tværfaglige samarbejde

Undersøgelsen er en spørgeskemaundersøgelse, hvor der bliver brugt en særlig teknik. Informanten eller svarpersonen bliver præsenteret for en case(vignet), en kort beskrivelse af et samfundsmæssigt fænomen. Alle vignetter beskriver et barns situation. Fagpersonen skal træffe en række valg omkring bedømmelse af situationen, og hvad den pågældende fagperson bør gøre. Undersøgelsen er meget valid, da den bygger på 395 spørgeskemaer og er foretaget i 10 kommuner. Vignetmetoden giver stor pålidelighed pga. den høje grad af standardisering. Bogen har været en

inspiration i forhold til at interviewe de voksne samarbejdspartnere på skolen omkring forskellige problemstillinger og til begrebsafklaring. Resultatet eller konklusionen i bogen er, at der er signifikante forskelle på, hvordan fagpersonerne vil handle i forskellige problemstillinger. Professionen er dermed ikke garanteret for en ensartet holdning og handling. Dermed sættes fokus på et andet væsentligt område, nemlig behovet for en åben og legaliseret diskussion af forskellighed. Det konkluderes, at netop de udtalte og uerkendte forskelligheder inden for faggruppen er med til at forstyrre etablering af et konstruktivt tværfagligt samarbejde. Metoden finder jeg meget brugbar og valid, men også for tidskrævende for mit masterprojekt.

Meget af den fundne litteratur handler således om vigtigheden af samarbejde på tværs af faggrupper, i forhold til børn og unge med en risikofyldt adfærd eller sårbare familier. Med udgangspunkt i arbejdet omkring skolen som sundhedsfremmende setting ønsker jeg, at samarbejdet starter meget før, således at børn og unge trives i skolen. Derfor vil jeg interviewe de voksne frem for børnene, som ikke kan forandre skolen, den magt har de ikke, at de kan lave bottum up, det kan de kun, hvis der er nogen, der faciliterer mulighederne for dem.

Ovenstående har inspireret mig til at undersøge egen praksis ud fra det sociokulturelle, og hertil finder jeg bl.a. den sociale læringsteori og praksisfællesskaber, som beskrives af Etienne Wenger, som et godt analyseredskab for mit masterprojekt, og til indsamling af data finder jeg metoden praksisportræt meget relevant, da netop den har særlig fokus på forandringer og udviklingsmuligheder og involverer informanterne.

Opgavens opbygning

Jeg vil først beskrive mit videnskabsteoretiske ståsted, og med hvilken videnskabsteoretisk tilgang opgaven og undersøgelsen tager sit udgangspunkt. Herefter udfoldes opgaven i to dele.

1.del bygger på litteraturstudier omkring sundhedspædagogik og samarbejde set ud fra et setingsperspektiv og approchesen "whole system thinking" At anskue sundhed i en setting giver selvfølgelig en for-forståelse af mit sundhedsbegreb og forståelse heraf, jeg vil dog alligevel kort gøre rede for, hvordan det demokratiske sundhedsbegreb bliver udfoldet i undervisningsministeriets faghæfte 21. Herefter hvordan social kapital kan ses som en ressource, og hvordan skolen kan være med til at understøtte den sociale kapital og de sociale fællesskaber. I tråd hermed finder jeg Wengers sociale læringsteori og beskrivelse af praksisfællesskaber, som en brugbar referenceramme og vil derfor præsentere teorien og min forståelse heraf set til min praksis.

2.del er et pilotprojekt som tager sin udgangspunkt i praksisportræt. Her er informanterne medforskere i egen praksis. Denne metode er god til organisationsforandringer, f.eks. omkring tværfagligt samarbejde, da der stilles reflekterende spørgsmål og sammen skabes evt. muligheder for at udvikle skolen til en sundhedsfremmende setting.

Jeg vil beskrive hele designet af mit pilotprojekt, hvilke barrierer og etiske overvejelser der har været undervejs i forbindelse med indsamling af data. Jeg vil opstille en analyseramme og analysere mit empiriske materiale ud fra settingperspektivet, social kapital og social læringsteori, ud fra

de fundne nøglebegreber og temaer. Efterfølgende vil jeg samle trådene i en konklusion, som giver svar på min problemformulering.

Herefter vil jeg diskutere metodens anvendelighed og forholde mig kritisk til resultatet og opbakningen til undersøgelsesformen og metoden.

Videnskabsteoretisk udgangspunkt

Med udgangspunkt i min problemstilling anskuer jeg skolen som en sundhedsfremmende setting, hvilket betyder, at jeg kigger på de forhold og processer, der har betydning for, at der kan ske en sundhedsfremmende indsats.

Min sygeplejevidenskabelige baggrund indeholder både naturvidenskab, den humanistiske og den samfundsvidenskabelige tilgang.

Jeg har et holistisk menneskesyn, hvor jeg tænker på "det hele menneske" og betragter mennesket ud fra synspunktet, at mennesket kun kan fungere, hvis det tager alle menneskets behov i betragtning. Det drejer sig om den psykiske såvel som den fysiske næring og omsorg, som dette menneske har behov for.

Jeg finder det interessant og ligeledes vigtigt at erkende betydningen af den samfundsmæssige og sociokulturelle dimension i forhold til menneskets trivsel og sundhed.

For at belyse min problemformulering har jeg brug for teorier om sundhedsfremme og om læring socialt set.

- Sundhedsfremme i et settingperspektiv
- Social kapital
- Social læring og praksisfællesskaber

Lad mig forklare det ud fra følgende:

Vores sundhed og viden om det sundhedsfremmende sætter jeg i forbindelse med det enkelte menneskes oplevelse af sammenhæng. OAS, som jeg senere i projektet vender tilbage til. Denne oplevelse af sammenhæng stammer fra mange forskellige læreprocesser gennem livet, som beskrives af sociolog Aaron Antonovsky. Disse læreprocesser kan være med til at udvikle handlekompetence hos den enkelte, og i dette projekt er det kompetencer, der udvikles i sociale sammenhænge og i et samfundsmæssigt og socialt perspektiv.

Ved settingperspektivet tages det sociokulturelle alvorligt ved at se det enkelte individ som en del af et åbent og større fællesskab "whole system thinking". Her ses et systemisk perspektiv hvor der er samspil mellem det miljømæssige, det organisatoriske og de personlige perspektiver.

Ved at se skolen som sundhedsfremmende setting ser jeg her en social kulturel institution, som ved et samarbejde tværprofessionelt kan bidrage og være medskaber for børn og unges sundhed, fysisk, psykisk og socialt i lokalsamfundet. Heri må vi medtænke vor viden om social kapital's indflydelse på sundhed og dermed sammenhængskraften i lokalsamfundet. Ved bevidstheden omkring Bourdieus habitusbegreb og Putmans brobyggende socialkapital kan vi understøtte de netværksbaserede samarbejdsrelationer, der står til rådighed for den enkelte som en ressource.

Mit valg af teori og metode understøtter fint mit interessefelt inden for den videnskabsteoretiske filosofi, da Etinne Wenger beskriver den sociale læring som noget, der er forankret i forståelsen af forholdet subjekt-omverden, som en væren-i-verden, og subjektet er uløseligt forbundet med omverden. Vi er sociale væsner, og at dette er et centralt aspekt i forhold til læring. Læring ses som social deltagelse, og vi antager, at det er en del af den menneskelige natur, som f.eks. at spise eller sove. Denne form for deltagelse er at være aktiv deltager i sociale fællesskabers praksisser og at konstruere sin identitet i forhold til disse fællesskaber (Wenger 2004 a).

Praksisfællesskaber er alle vegne – hjemme i familien, på vores arbejde, blandt kolleger. Vi indordner, organiserer os, skaber en praksis, således at tingene fungerer, og at det, der skal gøres, bliver gjort. Praksisfællesskaber er en integreret del af vores hverdag. Praksisfællesskaber er ikke bare en teori, men i høj grad en hjælp til analyse af praksis. Hvor man studerer de processer, forhold og meninger i en handling, deltagelsesformen, hvad er det for praksisformer og fællesskaber der er? Hvilke vanskeligheder er der, og hvordan kan problemet løses? Et godt bud er inddragelse i en praksis, der føles meningsfuld, som giver adgang til ressourcer og som styrker deltagelse. En horisontudvidelse således, at der reflekteres over tingene og en læringsproces går i gang.

Min undersøgelsemetode er ligeledes inspireret af det sociokulturelle nemlig ”praksisportræt”, som tager sit udgangspunkt i den kritiske psykologi eller den subjekt videnskabelige paradigme (Bechmann Jensen 2005). Praksisportræt bygger på teorien bag aktionsforskning. Informanterne er medforskere, og i fællesskab udvikles viden til nye handlinger. En undersøgelsesform der kan beskrives kvalitativ og punktvis og som er god til organisationsforandring og udvikling.

Dette er mine videnskabsteoretiske overvejelser og set med forskerøjne inden for folkesundhedsvidenskaben mener jeg hermed, at jeg tager udgangspunkt i det sundhedsfremmende og i et settingperspektiv, som det er tænkt af WHO.

1. DEL: Settingperspektivet --whole system thinking--

Det brede og positive sundhedsbegreb

I dette afsnit beskrives, hvad sundhed er for mig, og hvordan det kan belyses i en bestemt kontekst – nemlig skolen. Ligeledes vil det hjælpe til en forståelse af lærernes eller informanternes eget syn på sundhed og relateres til faghæfte 21. Der vil flere gange senere i projektet beskrives noget viden, hvor dette afsnit vil være med til at fremme forståelsen.

Sundhed er for mig det samme som WHO, der tilbage til 1946 definerer sundhed, som: "Sundhed er et fuldstændigt stadium af fysisk, psykisk og socialt velvære og ikke kun fravær af sygdom og svaghed". Denne betegnelse beskrives som det positive sundhedsbegreb, der rummer velvære og livskvalitet i modsætning til det negative begreb, der kun fokuserer på fravær af sygdom.

Men dertil kommer den sociokulturelle dimission, hvori levevilkårene indgår og hermed tænkes sundhed også i bred forstand.

Det brede og positive sundhedsbegreb betegnes også som det demokratiske sundhedsbegreb, som er en modsætning til det moraliserende og som i diskussioner om sundhed stadig benyttes af mange. Det moraliserende sundhedsbegreb tager udgangspunkt i det naturvidenskabelige begrebsapparat med fokus på sygdom og kroppens fysiske funktion. Blandt andet ved den megen fokus der er på KRAMS⁴ faktorerne. Ligeledes nævnes der i "Regeringens Sundhedspakke 2009" en national handlingsplan for forebyggelse. Her ses et snævert sundhedsbegreb, hvori der kun beskrives livsstilen, og at den enkelte har ansvar for egen sundhed, men at "*Det offentlige skal sikre god information om de sunde og usunde valg*" (Sundhedsministeriet 2009 s 27). Dermed er "Du din egen sundheds smed" eller "Blaiming the victim", som Robert Crawford problematiserede i 1977. Hermed gøres opmærksom på, at de der blive syge, selv har skylden, de kunne bare leve et sundere liv. Der benyttes ofte en moraliserende sundhedsformidling, hvor målet er en adfærdsendring (Jensen 2000).

I modsætning til den medicinske orientering med "Blaiming the victim" ses blandt andet Antonovsky forskning med en mere social orienteret dimension. Han fokuserer i sin forskning på det, der gør mennesket rask, snarere end det der gør mennesket syg . Han redegør for sin salutogene-tiske orientering, som forholder sig til sundhed som et multidimensionalt kontinuum, og søger efter menneskets totale historie i stedet for sygdommens ætiologi (Antonovsky 2000).

Forskningen viser, at det der bedst fremmer sundheden, er demokratiske og deltageorienterede alternativer.

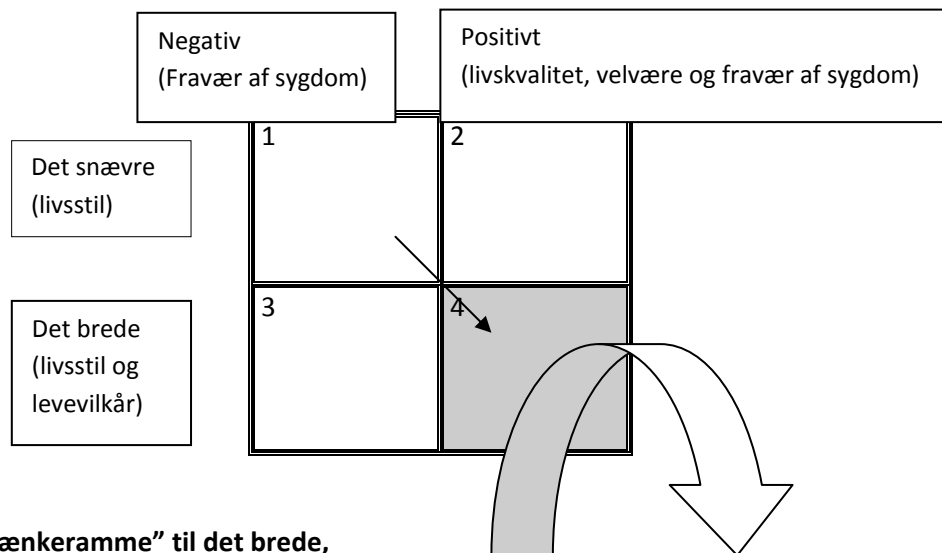
Bag det brede og positive sundhedsbegreb ligger den grundlæggende antagelse, at mennesket eksisterer i en kulturel, social og økonomisk sammenhæng og dermed altid påvirkes heraf (Jensen 2009).

⁴ KRAMS står her og efterfølgende for: Kost, Rygning, Alkohol, Motion og Sex.

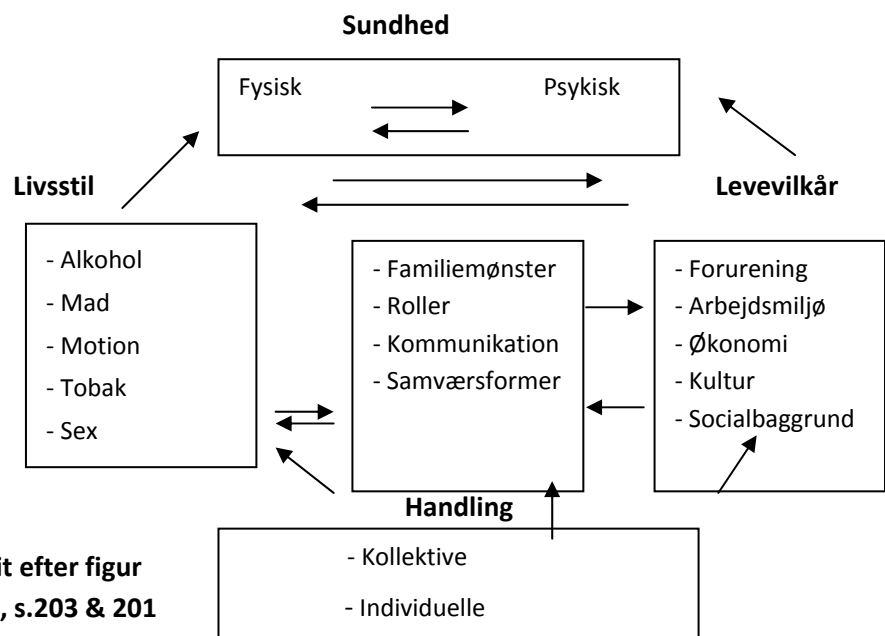
Der er inden for det sundhedspædagogiske område udviklet en række modeller, som netop illustrere disse forskellige sundhedsbegreber, hvori både livsstil og levevilkår tillægges stor betydning.

En af dem er Bjarne Brun Jensen's firfelters model, hvor felt nr. 4, det brede og positive sundhedsbegreb, direkte kan føres videre over i en "tænkeramme", som er beskrevet i faghæfte 21 og som blandt andet i skolen, kan bruges i forbindelse med sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab.

Figur 1: Fire forskellige sundhedsbegreber



Figur 2: "Tænkeramme" til det brede, positive sundhedsbegreb



Kilde: Begge figurer frit efter figur af BBJ I: (Jensen 2000), s.203 & 201

Skolen som setting, sundhedsplejersken som mediator

Den salutogenetiske ide er en dannelsese teori og en bevægelse mod sundhed og sundhedspædagogik. Antonowsky (2000 s.105-106) beskriver OAS⁵ som en mestringsstrategi, som udvikler sig gennem livet. Denne strategi består af de tre hovedkomponenter: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed og læreprocesserne hertil er forholdsvis: forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed/deltagelse (Jensen og Johnsen 2001).

Det sundhedsskabende (salutogenene) princip anviser en tilgang med fokus på ressourcer, som yderligere udvider teoridannelsen omkring sundhedsfremme. Denne fundamentale nyorientering bidrager til udvikling af teorier om sociale systemer, som lokalsamfundet er et eksempel på. Den inddrager de sundhedsskabende sociale faktorer, som har indflydelse på samfundets helbred, som system betragtet. Dette helhedssyn understreger betydningen af at inddrage de sociale ressourcer i de lokalsamfund, der arbejder med sundhedspædagogik og sundhedsfremme. Det er nødvendigt at inddrage denne betragtningsmåde, idet inddragelsen af alle betydende socialfaktorer er betingelsen for at kunne undersøge og fremme lokalsamfundets helbred.

Det er hermed vigtigt, at vi som sundhedsplejersker, lærere og andre, som formidler sundhed, ikke bare underviser i sundhedsfremme i skolen, arenaen, den kontekst vi befinder os i, og som jeg her kalder en setting, men at det er skolen som setting, der fremmer sundheden.

Settingtilgangen skal ses som et økologisk perspektiv, et samspil mellem miljømæssige, organisatoriske og personlige aspekter, som hovedsagelig påvirkes af omstændigheder uden for sundhedsvæsenet. Der itænkes en forståelsesramme påvirket af sociologi, geografi, psykologi og pædagogik. Settings ses også som et systemperspektiv, som anerkender den forbundenhed, afhængighed og de gensidige relationer, der er mellem de forskellige bestanddele.

Dertil et fokus på udvikling og forandringer af systemer og organisationer (Dooris 2009).

En engelsk forsker Keith Tones opstiller følgende ligning:

$$\text{Sundhedsfremme} = \text{sundhedspædagogik} \times \text{sundhedspolitik}$$

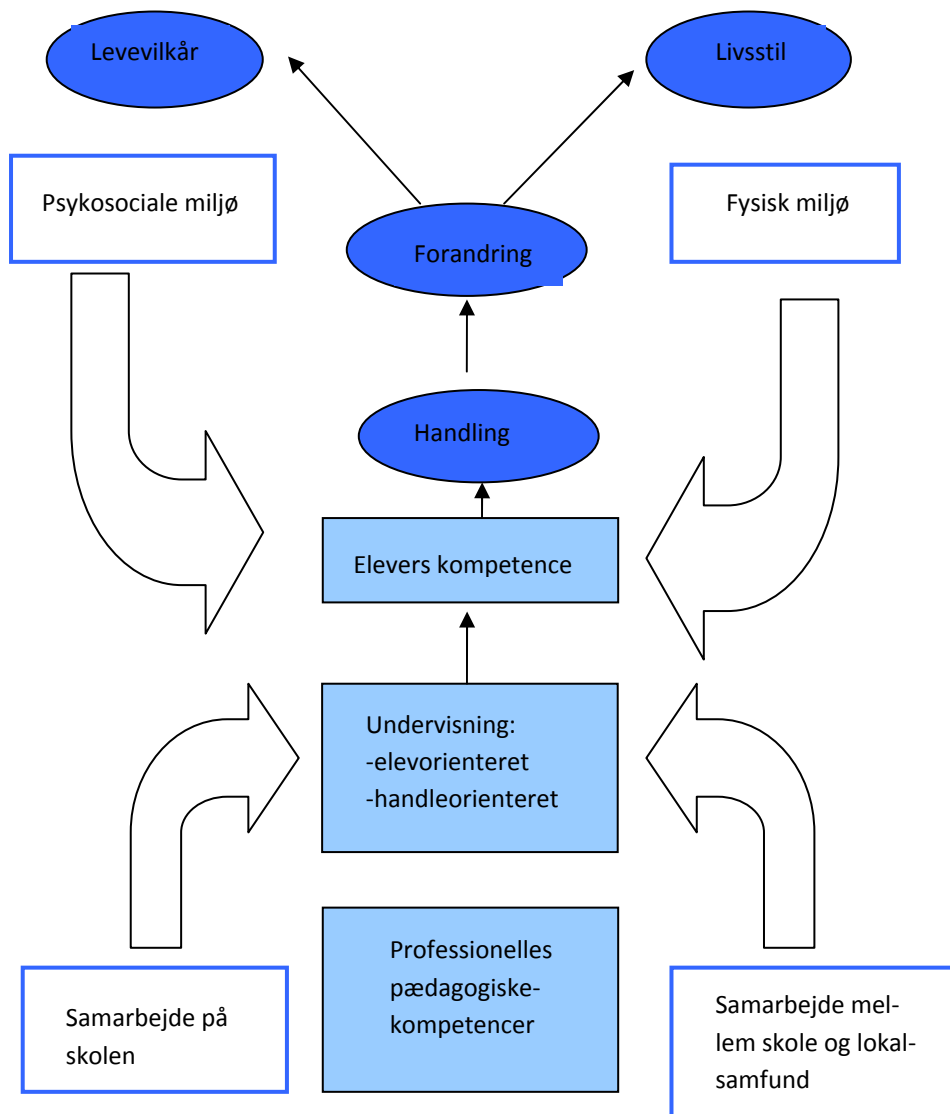
Pointen er, at hvis en af de to faktorer på højre siden ikke er til stede, vil der ikke være nogen form for sundhedsfremme (Jensen 2009).

Sundhedspolitik er et redskab til at stimulere og fremme mobiliseringsbevægelserne på alle niveauer fra det individuelle plan til samfundsplan. Filosofien bag den samfundsrettede proces forudsætter og er betinget af, at deltagerne handler ud fra deres egne forudsætninger, at man erkender og bruger deltagerens værdiopfattelse, opfordrer til aktiv deltagelse i klarlæggelse af samfundets behov og værdier, gør deltagerne i stand til at vælge, og at deltagerne involverer sig i de politiske processer, som har betydning for deres liv.

⁵ Antonovskys oprindelige forkortelse er SOS fra *sense of coherence*. Ordet oplevelse dækker ikke helt ordet *sence* men er det ord der bliver brugt i den danske oversættelse. Ordet oplevelse skal derfor forstås bredt og betydningen veksler mellem oplevelse, følelse og fornemmelser.

Bjarne Brun Jensen har lavet en illustration med skolen som sundhedsfremmende setting, som indeholder ovenstående faktorer og de forskellige perspektiver.

Figur 3: Skolen som "setting"



Kilde: Frit efter Jensen, B.B (2009) Figur 22,2 1: Forebyggende sundhedsarbejde Kamper- Jørgensen. F & Almind. G, & Jensen. B.B . 5. udgave. Munksgaard Danmark S. 327

Illustrationen viser, at samarbejdet på og omkring skolen er med til at påvirke elevens forandringsprocesser for egen og andres sundhed. Ligeledes betyder de fysiske rammer og det psykosociale miljø en stor rolle for elevens fysiske og mentale sundhed. Sundheden er påvirkelig både af livsstil og livsvilkår, derfor skal skolen, som sundhedsfremmende setting, sigte mod forandringer begge steder. Denne figur kan således igen bruges som en "tænkeramme" eller model, når sundhedsfremme tænkes ind i et systemisk perspektiv.

4 kernebegreber beskrives af B. B Jensen som væsentlige i forhold til den sundhedspædagogiske tilgang: Det brede positive sundhedsbegreb, handlekompetence, handling og deltagelse.

Sundhedspædagogiske opgaver udspilles i en konkret kontekst, en setting og i dette tilfælde med skolen som setting. Ved hjælp af tværfaglighed og samarbejde vil forskellige sundhedstemaer belyses alsidig.

I Sundhedsfremmende arbejde med vægt på deltagelse kan en sundhedspædagog som mediator få en rolle som nøgleperson. Begrebet anvendes om en person, som kan være facilitatorer / igangsætter / netværker / oversætter i forhold til en given problematik og setting (Læssø 2009). Sundhedsplejersken kan her være eksperten i sundhedspædagogik, den som provokerer, stimulerer, udfordrer samt støtter elever og læreres samarbejdsrelationer til at udvikle visioner og handlestrategier for det sunde liv og samfund. En slags mediator. Hvor det giver mere mening og relevans at tale om sundhedspædagogik frem for sundhedsekspert (Jensen 2009).

Mange mener, at det er et personligt ansvar at leve sundt. Men det personlige ansvar skal understøttes med incitament, der gør det sunde valg til det nemme valg. Staten kan således ved hjælp af strukturelle strategier som lovgivning, prissætning og tilgængelighed lave tiltag, der gør det nemmere for borgerne at foretage de sunde valg. Ligeledes kan Kommunale politikere, skolebestyrelser og ledelse være med til at understøtte den enkeltes handlingskompetence og være sundhedsfremmende. Skolen kan hermed have et klart incitament, at være sundhedsfremmende, at det nemme valg er det sunde valg. Dermed er skolen med til eksempelvis: at forebygge negativ livsstil, understøtte den sociale kapital og fremme trivsel og fællesskabet i et lokalt samfund.



Figur 4: Sundhed er et kombineret ansvar for borgeren og for samfundet. Jo mindre stejl samfundet gør bakken, desto nemmere er det for borgeren at puffe byrden foran sig.

Man sigter mod, at det skal være nemmere for borgeren at foretage det sunde valg (Jørgensen 2010).

Skolen har central betydning for børns og unges sundhed. Her findes mange af de risikofaktorer, som medfører symptomer, skader og ringe trivsel, men samtidig de ressourcer, som kan skabe godt helbred og god trivsel. Skolen er et vigtigt satsningsområde med hensyn til sundhedsfremme. Sundhedsundervisning er obligatorisk fra 0-9 klasse, jævnfør faghæfte 21, hvor lærerens opgave først og fremmest er at støtte eleverne i forandringsprocesser, der går i en sundhedsfremmende retning. Skolen har ikke sundhed som primært formål, men sundhed er imidlertid en forudsætning for indlæring og burde derfor være ét af de primære formål.

Social kapital som ressourceperspektiv

Social kapital er for mig netværksbaserede samarbejdsrelationer, der for den enkelte aktør er en ressource. Det er ikke noget, der kan skabes men understøttes. De sociale relationer, som er tilstede i skolen, kan være en vigtig ressource, og der bør være mere fokus på det i forhold til sundhed. Sundhedsadfærd smitter gennem netværk, og en tilpas mængde sociale relationer med andre giver tilhørsforhold, forudsigelighed og stabilitet i tilværelsen. Dermed kan sociale relationer have megen mere betydning for den enkelte og for sundheden inklusiv den mentale end de biomedicinske fokusområder, som KRAM faktorerne. Vi ved også, at sundhedsadfærd som kost- og motionsvaner skabes tidligt i livet, hvorfor familiens vaner og adfærd har stor betydning, hvorimod sundhedsadfærd, hvad angår rygning og alkohol, ser ud til at knytte sig til jævnaldrenes normer og adfærd. Hvis den sociale kapital understøttes på skolen og i det lokalsamfund, som børn og unge vokser op i, vil det påvirke menneskers sundhed og trivsel og dermed deres livschancer set i bred forstand (Jensen et. Al. 2007).

Bourdieu, fransk sociolog, er den første, som beskriver social kapital, og han er meget anvendt inden for den pædagogiske verden.

Kapitaler er en værdi og en ressource, der kan omsættes til noget godt for den enkelte i forskellige situationer. Bourdieu har fire kapitalformer: økonomisk -, social -, kulturel - og symbolsk kapital, som på en måde kan konverteres til "sundhedskapital". Et eksempel, hvis man bliver syg, kan man købe sig til en bedre behandling, hvis man har mange penge eller måske gives en bedre behandling, fordi man er en kendt og vigtig person. En højtuddannet person stiller måske også større krav til sundhedssystemet. Habitus er et andet centralt begreb for Bourdieu. Det er kropsliggørelse af vores livsvilkår. Det oparbejdes tavst gennem ens opdragelse/dannelse. Det inkorporeres (en kropslig tilegnelse) både ubevidst og bevidst. Ikke i hjernen, ikke noget kognitivt, men kropsligt, på rygmarven. Habitus fungerer ubevidst. Praktikker, der er nært forbundet med habitus, er vaner, værdier og dannelse, der sætter sig i mennesket som en slags disposition, som vi efterfølgende handler, tænker, opfatter og vurderer givne sociale sammenhænge udefra (Kaspersen L.B.2004). Det kan f.eks. være den måde, som sundhedsplejersker og skolelærere hver især bevæger sig på, tænker på og gør bestemte ting. Habitus er tilegnet gennem uomgængelige processer, knyttet til virkelighedens praktikker eller kulturer og manifesterer sig i bestemte kommunikations- og handlemønstre.

Inden for Social- og Sundhedsvæsenet refereres der ofte til både Putnam og Colemans begreber omkring social kapital. Coleman og Putnam, som er forholdsvis sociolog og politolog, bidrager til forklaringen på social kapital som positive sociale relationer, social samhørighed og tilknytning, der er afgørende for menneskets psykiske sundhed og trivsel (Jensen et. Al. 2007).

Coleman skriver, at social kapital er et kollektivt gode, at der skabes en social kapital, der er til gavn for flere personer end lige den enkelte, og at den skal vedligeholdes.

Social kapital i familien og social kapital i lokalsamfundet spiller en vigtig rolle for dannelse af menneskelig kapital i den kommende generation. Han påpeger, at tid og støtte til et barn kan gøre en stor forskel på dennes læring. Ligeledes påpeger Coleman begreber som fælles værdier, det at man ligner hinanden og har noget tilfælles. Heraf udspringer gensidig tillid i et samfund (Coleman 1988). Sociale normer og sanktioner er med til at understøtte social kapital. Coleman har en anta-

gelse om, at socialiserende processer, normer og fælles institutioner er med til at understøtte sociale kapital, og at den er afhængig af, hvorvidt mennesket har tillid til, forventer og følger sig forpligtet til at gengælde hinandens tjenester. Normen om, at almeninteresser frem for egeninteresser bør styre menneskets handling, er for Coleman den mest værdifulde norm i relation til social kapital (Albeck 2009).

Som Coleman beskriver Putman også tillid som en vigtig del af den sociale kapital. At social kapital skabes i netværk via menneskets aktive deltagelse og engagement (ibid). Velfungerende netværk, som er baseret på tillid og normer, kan indvirke på den samlede samfundsøkonomi (Rosenmeier 2007).

Social kapital opstår i følge Putnam som et biprodukt af *relationerne* mellem individerne. Det, der kendetegner denne form for kapital til forskel fra den mere håndgribelige fysiske kapital, er, at den vokser, når den bruges, og mindskes, når den ikke bruges. Desuden skabes den via menneskets engagement og aktive deltagelse i mange forskellige typer netværk. Putnam ser med stigende bekymring på den forsvindende samhørighed og fremhæver, at den sociale isolation er voksende. Social kapital skal forstås som en ressource, der rækker ud over individet, frem for en egenskab ved individet. Putnam eksemplificerer i *Health and Happiness*, at mennesker, som har sociale forbindelser til hinanden, lever længere og lykkeligere (Putnam 2000).

Afgrænset og brobyggende social kapital

Putnam skelner mellem to former for social kapital, der styrker hinanden: bonding kapital og bridging kapital. Skrives efterfølgende som afgrænset og brobyggende social kapital.

Afgrænset social kapital skabes ofte i netværk, der er homogene, når du er socialiseret med mennesker, der er ligesom dig: samme alder, samme etnicitet, samme religion, samme interesse for et fag, osv.. Ligeledes hører det primære tryghedsnetværk f.eks. venner og familier under den afgrænsede sociale kapital. Det bygger på privat eller partikulær tillid, loyalitet, gensidighed og samarbejde mellem folk, der kender hinanden. Den kan give psykosociale ressourcer og praktisk hjælp. Bidrage til at hverdagen kan fungere og bliver håndterbar og overskuelig. Navnlig for yngre skoleelever er den afgrænsede sociale kapital vigtig og måske en forudsætning for, at der senere kan skabes brobyggende socialkapital. Det afgrænsede netværk har stor betydning, men kan virke ekskluderende over for børn og voksne, der er uden for netværket. I skoleregi kan den afgrænsede sociale kapital betragtes som en passiv aktiv, som børn og voksne har adgang til, men ressourcerne bidrager ikke væsentlig til at skabe udvikling og forandring (Albeck 2009).

Brobyggende social kapital vil hovedsagelig fungere som en ressource, der skaber handling, forandring og udvikling, det vi i skolen kalder for et mere aktivt aktiv. Netværk og sociale relationer der knyttes med folk, som ikke ligner dig, ikke tager hensyn til sociale skel og dermed kan være med til at bygge bro mellem sociale og kulturelle forskelle. Der laves et netværk, som fører mennesker fra forskellige sociale sammenhænge sammen. Netværk der ofte er heterogene. Åbne og udadvendte netværk, f.eks. foreninger med åbent medlemskab. Den bygger på samarbejde og på generaliseret eller social tillid og gensidighed. Den brobyggende sociale kapital genererer udvidede identiteter. I skolen kan disse netværk både være uformelle og formelle. De uformelle netværk består af fællesskaber mellem lærere, børn og forældre, på tværs af interesser, alder, etniske og kulturelle tilhørsforhold. Måske er det her, rummelighed i folkeskolen virkelig kommer til sin ret.

Det kan også være formelle netværk som f.eks. tværfaglig samarbejde med SSP, sundhedsplejersken, kommunale fællesskaber og nøglepersoner fra lokalsamfundet. Denne form for social kapital er som tidligere skrevet et aktivt aktiv for skolen og er med til at skabe forandring. Den skaber ligesom den afgrænsede trivsel på skolen og kan være med til at udvide børn og voksnes grad af tillid og gensidighed til folk, som de ikke kender så godt, fordi der skabes netværk på kryds og tværs. Kan være med til at nedbryde fordomme, være mere inkluderende og give fælles identitet, solidaritet og rumme en større absorptionskraft i forhold til menneskets forskellighed (ibid). Albeck fremhæver endvidere (2009 s.240), at brobyggende social kapital kan bidrage til forbedringer og dermed fremme trivsel og sundhed. Den skaber deltagende og handleorienterede læringsprocesser og bidrager dermed til børn og unges handlekompetence i forhold til sundhed.

Social kapital kan enten være med til at øge eller begrænse menneskers handlemuligheder og dermed den måde, de oplever livskvalitet. Understøttelse af netværk, normer og tillid der gør det lettere at handle sammen for at forfølge et fælles mål. En skole, hvis miljø og organisation udgør en balance mellem den afgrænsede og brobyggende sociale kapital, vil i teorien være godt rustet til at imødegå normer, der ekskluderer (Albeck 2009).

Social læringsteori og Praksisfællesskaber

Social kapital, begrebet sundhedsfremmende setting og definitionen på sundhedsfremme og sundhedspædagogik, vil jeg knytte an til den Etienne Wengers sociale læringsteori hvoraf praksis, mening, praksisfællesskaber, deltagelse og tingsliggørelse, gensidigt engagement, fælles repertoire, fælles virksomhed og identitet kan nævnes som centrale begreber. Jeg ser det fin i tråd med mit holistiske menneskesyn og vigtigheden af det sociokulturelle.

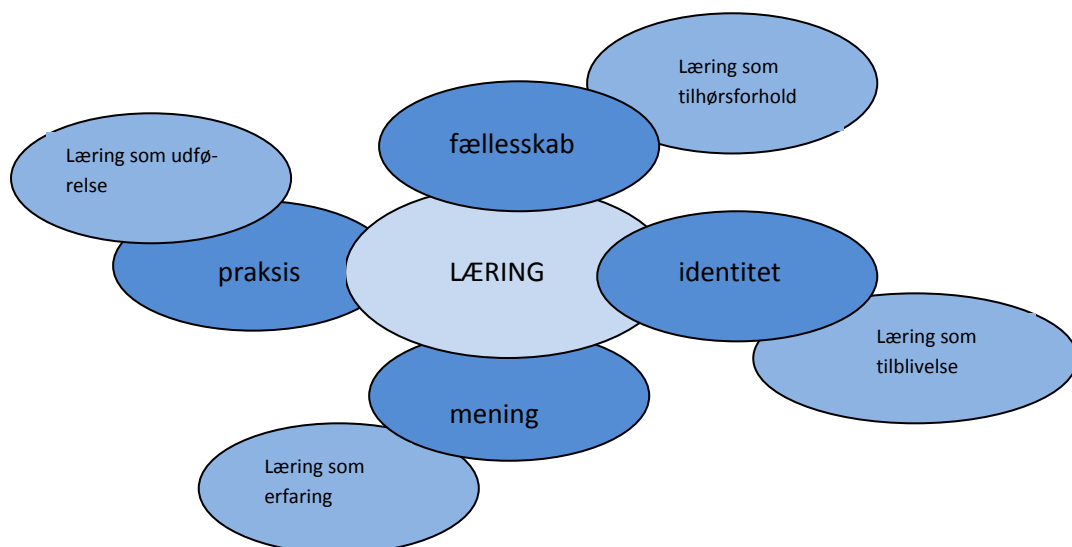
Etienne Wenger skriver, at vi er sociale væsener, og at dette er et centralt aspekt i forhold til læring. Læring ses som social deltagelse, og vi antager, at det er en del af den menneskelige natur, som f.eks. at spise eller sove. Denne form for deltagelse er at være aktiv deltager i sociale fællesskabers praksisser og at konstruere sin identitet i forhold til disse fællesskaber (Wenger 2004 a). Den sociale læring er forankret i forståelsen af forholdet subjekt-omverden, som en væren-i-verden, og subjektet er uløseligt forbundet med omverden. Der beskrives således fire præmisser, som er væsentlige i forhold til forståelsen af praksisfællesskaber.

1. Vi er sociale væsener
2. Viden er kompetencer i forhold til værdsatte virksomheder så som fagdygtig, inspirerende for kolleger, kreativ osv.
3. Indsigt er et spørgsmål om aktiv deltagelse i udøvelse af sådanne virksomheder, hermed forstås aktivt engagement
4. Mening – vores evne til at opleve verden og vores engagement og vor læring som meningsfuld.

At være med i et fællesskab, i et arbejdsteam er både en form for handling og en måde at høre til på. Deltagelse i sådan et fællesskab, er ikke kun hvad vi gør men også, hvem vi er, og hvordan vi fortolker det, vi gør.

Med afsæt i disse præmisser opstiller Wenger nogle komponenter som er væsentlige i forhold til den sociale læring.

1. Mening Kompetencen til at opleve vores liv og verden som meningsfuld.
2. Praksis Er de fælles historiske og sociale ressourcer, rammer og perspektiver, som støtter et gensidig engagement.
3. Fællesskab For de sociale konfigurationer, hvor vores handlinger er værd at udføre og vores deltagelse, er en kompetence.
4. Identitet. En benævnelse for hvem vi er, og hvordan læring er med til at ændre os og mønstre personlige tilblivelsehistorier i forhold til vore fællesskaber.



Figur 5: Komponenter i en social teori om læring. Kilde: Wenger 2004 s. 15

Praksisfællesskaber er alle vegne – hjemme i familien, på vores arbejde, blandt kolleger. Vi indordner, organiserer os, skaber en praksis, således at tingene fungerer, og at det, der skal gøres, bliver gjort. Praksisfællesskaber er en integreret del af vores hverdag.

Skoleelever har også praksisfællesskaber i de settings, som de indgår i. De forekommer alle vegne i klassen og i skolegården. Nogle er officielle og nogle er skjulte. Vi ved trods diverse undervisningsplaner, alvorstaler og disciplin, at den personlige, mest transformative læring, er den læring, som sker i et praksisfællesskab (ibid). Som gammel spejder vil jeg her kalde det "learning by doing", og at vi lærer noget af at være sammen med andre, ved at høre og tale med andre.

Til trods for denne viden sker megen læring i skolen, både hvad angår dansk, regning og sundhed, stadig fra den traditionelle skolebænk man skal fyldes op fra, at være en tom tavle.

Social læringsteori er inspireret af virksomhedsteorien. Hvis vi i forbindelse hermed tænker de samarbejdsrelationer, der er i og omkring skolen. Lærerne har et praksisfællesskab, som er medskabende for deres identitet og samarbejde. Ligeledes har pædagogerne, dertil har de måske også et praksisfællesskab sammen. Sundhedsplejerskerne, børnesocialrådgiverne og psykologerne har også hver deres, men dette er et praksisfællesskab uden for skolen.

De handlinger og de muligheder, der er lig med læring i et praksisfællesskab, er ikke nødvendigvis overførbare til andre fællesskaber.

Praksisfællesskaber er ikke bare en teori, men i høj grad en hjælp til analyse af praksis. Hvad skal man lægge mærke til, hvilke vanskeligheder er der, og hvordan kan problemet løses. Et godt bud er inddragelse i en praksis, der føles meningsfuld, som giver adgang til ressourcer og som styrker deltagelse. En horisontudvidelse således, at der reflekteres over tingene, og en læringsproces går i gang.

Disse centrale begreber kan evt. anvendes som analyseredskab:

Mening, der er en form for rettethed. Hvad er meningen med vores job, hvad er målet for os selv og for de børn og unge, vi omgås. Der sker en meningsforhandling, som udspiller sig i deltagelse og i tingsliggørelse.

Hvordan lever dette praksisfællesskab (internet, pauser, hjemme mv.) Tingsliggørelse kan være en klokke, der indikerer, at kl. 12.00 er der pause, noget der får værdi og betydning i ens praksisfællesskab, eller dokumenter fra ledelse og fra undervisningsministeriet f.eks. faghæfte 21. Deltagelsesformen som f.eks. talemåde, væremåde mv. kan også være et analyseredskab. Deltagelse er den aktive proces, der involverer både deltagernes følelser, bevidsthed, kropslige handlinger og sociale relationer. Det er oplevelsen af at være med i og deltage i sociale fællesskaber.

En analytisk tilgang kan fokusere på personer og på processers betydning og evt. disharmoni med arbejdspladsens værdier eller med det forventende samarbejde med andre faggrupper.

I forbindelse med læring som praksis nævner Wenger: Gensidigt engagement, fælles virksomhed, og fælles repertoire som processer og sammenhæng for de involverede fællesskaber (Wenger 2004).

Der behøves ikke nødvendigvis enighed omkring engagementet, men bevidstheden om, hvad der hæmmer og hvad der fremmer og definerer identiteter, er vigtig. At der er tilstrækkelig mulighed for kommunikation mellem fællesskabets deltagere, således at der dannes tætte relationer. Konflikter, udfordringer og konkurrencer er også relationer i den sammenhæng. Wenger skriver, at medlemskab i et praksisfællesskab er et spørgsmål om gensidig engagement og ikke bare en samling mennesker, altså er praksisfællesskab ikke synonymt med teams eller netværk. Men hvis de rette elementer er til stede, kan et praksisfællesskab opstå og vedligeholdes i netværk og teams (ibid).

Fælles virksomhed og fælles fodslag. En overordnet strategi, mål etc. Lære sig selv og hinanden at stå til ansvar. F.eks. en fælles ansvarlighed over for mere bevægelse i skoletiden. At det brede og positive sundhedsbegreb bliver en naturlig måde at tænke sundhedsfremme på i alle fag.

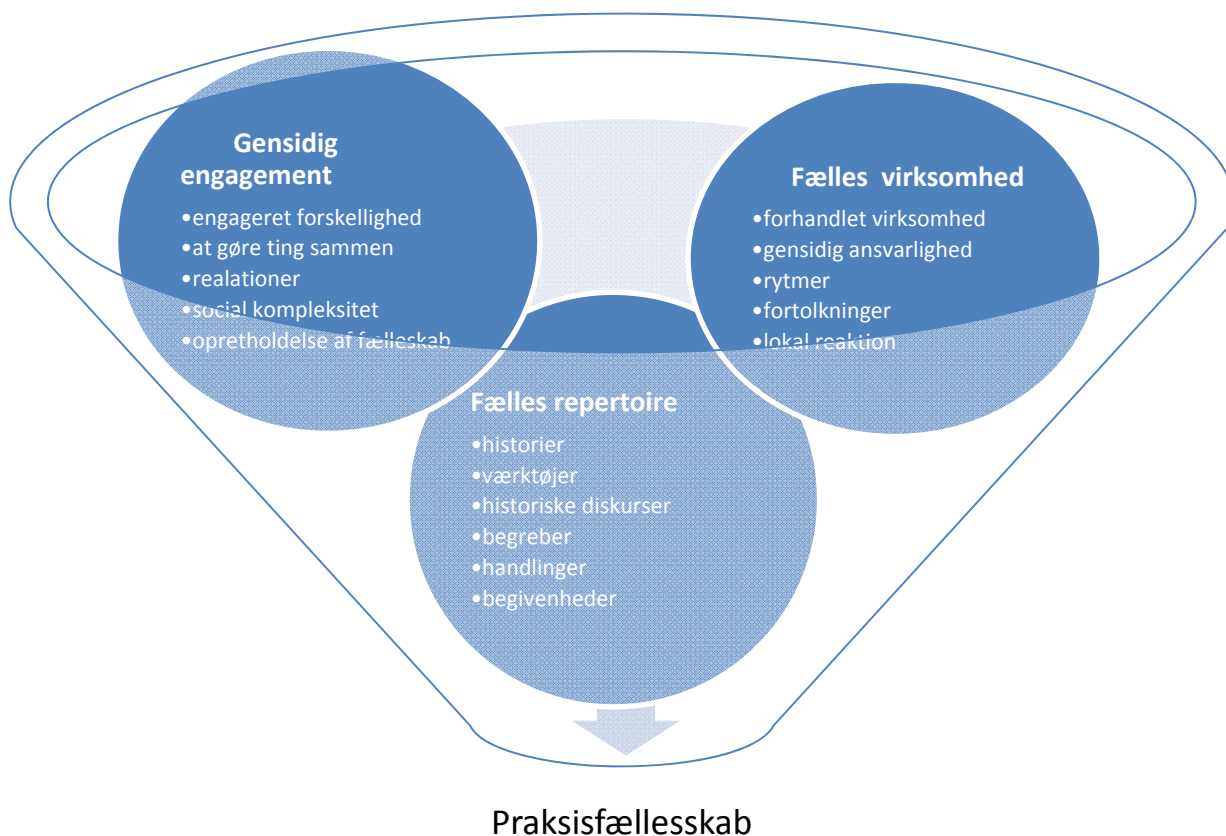
Aktiviteter og relationer er med til at definere virksomhedens identitet og forene modstridende fortolkninger af, hvad foretagendet går ud på.

Betingelserne for fælles repertoire er, at der er adgang til fælles værktøjer, hjælpemidler som rutiner, begreber og regler med henblik på udførelse af fælles virksomhed (ibid.).

Nyt repertoire skal skabes og integreres i det gamle. Det kunne f.eks. være, at der laves nye samarbejdsrelationer i forbindelse med det eksisterende. At sundhedsplejersken evt. deltog i de pædagogiske rådsmøder på lige fod med skolens ansatte eller som gæst indimellem. Eller mere bevægelse i timerne og sundere mad i kantinen.

Her nedenfor følger en tegning som illustrerer, hvad de tre dimensioner indebærer:

Figur 6: Praksisdimensioner som egenskab ved et fællesskab



Kilde: Frit efter Wenger 2004 s. 90. Tragten - hvordan forskellige dele flettes til et hele, er for egen regning.

Wenger skriver også, at tid er væsentlig og vigtig. Udvikling af praksis tager tid, og ofte er der måske ikke tid nok. Der kan ikke opsættes nogen mindste norm for tid, men man kan heller ikke gå ud fra, at der automatisk opstår et praksisfællesskab, blot de tre ovenstående dimensioner er tilstede.

Desuden er der ved kortvarige projekter, så som de tværfaglige projekter jeg selv har deltaget i, ofte en anden meningsforhandling end de praksisfællesskaber der overlever generationer f.eks. faglige sammenslutninger og foreningsfællesskaber, der eksisterer i generationer.

Tiden spiller en væsentlig rolle for gentagelse, fornemmelse af varighed og opbygning af tradition og læringshistorie, men kan opretholdes ved tilstrækkelig gensidigt engagement i den fælles udførelse af en virksomhed for sammen at lære noget af betydning (ibid.).

Sammenfatning vedr. 1.del

Hvad er sundhed? Afklaringen er vigtig i forhold til samarbejdet blandt de voksne, som i deres hverdag har relationer og tilknytning til skolelivet. Det er vigtigt, at vi har den samme forståelse og at vi arbejder mod et fælles mål. Næmlig at børn og unge trives, at der sker en læring, og at de føler, de har et godt liv. At tænke i relationer og social kapital kan være en ressource for skolen, ligeledes at være sin egen faglighed bevidst og kende til de samarbejdsrelationer, der er i og omkring skolen. Praksisfællesskaber er alle vegne, og i dem sker der en situeret læring.

Ved at anskue de forskellige teorier, begreber og perspektiver bringer ovenstående centrale begreber frem, som jeg i masterprojektet vil bruge til analyse af mit pilotprojekt. Sundhedsbegreb – habitus – deltagelse – engagement – social læring - fællesskaber - værdier m.m.

Ligeledes ser jeg tragten fig. 6 med boldene, som har overskrifterne fælles virksomhed, fælles engagement og fælles repertoire, indeholde de nødvendige analyseredskaber.

2. DEL: Anvendelse af praksisportrætter som pilotprojekt

Formål og overordnet design

1. Del af opgaven viser, at samarbejde er vigtigt, at vi har den samme forståelse af sundhed, at der er mulighed for fælles virksomhed, engagement og at vi har de samme mål. Ligeledes, at vi er bevidste om egen kultur, habitus og at vi kan være medskabere af den brobyggende sociale kapital.

Som skrevet i min problemstilling, hvor jeg på min skole ikke altid finder den nødvendige koordinerede indsats, ønsker jeg med mit masterprojekt at skabe en proces, hvor de ansatte på skolen selv bliver undersøgende og forskende i forhold til deres egen opfattelse af og arbejde med sundhed i skolen. Undersøgelsesmetoden bygger på aktionsforskning, som er, at forsker og de udforskede i fællesskab udvikler viden om en social situation og bruger den viden til nye handlinger (Kvale & Brinkmann 2009).

Med et pilotprojekt vil jeg undersøge ovenstående, ved hjælp af metoden praksisportræt, som indebærer et kvalitativt spørgeskema og et efterfølgende kvalitativt fokusgruppeinterview. Set i et forskningsperspektiv kaldes det metodetriangulering, når man ved hjælp af flere datasæt belyser det samme fænomen (Christensen, U. et. al. 2008).

Det skulle gerne igangsætte en refleksion over egen praksis, både hos mig og mine informanter, som er medforskere, og give et indblik og en forståelse for, at se skolen som en sundhedsfremmende setting.

Praksisportrætter som metode

Jeg vil her kort præsentere Torben Beckmann Jensens (2005) metode ”praksisportræt”, hvor metoden beskrives i forhold til forbedring af samarbejdet på en behandlingsinstitution med mange forskellige faggrupper ansat, hvor der arbejdes i forskellige teams.

Praksisportræt er en undersøgelsesform, som beskrives kvalitativt og punktvis og som er god til organisationsforandring og udvikling. Der udarbejdes et spørgeskema med en række overskrifter. Under hver overskrift følger en række spørgsmål, som hver især får tid til at udfylde i fred og ro. I den af Beckmann Jensens nævnte undersøgelse, er der adspurgt 25 ansatte af forskellig uddannelse, som hver især har fået en fridag til at svare på spørgsmålene. Processen løb over 2 år (Beckmann Jensen 2005).

Det er et systematisk redskab til at indsamle data, som så reflekteres, analyseres og som følges op af yderligere kvalitative interviews.

Praksisportrætter har sit udgangspunkt i den kritiske psykologi eller i det subjektvidenskabelige paradigme, som er forklaret af tyske og danske⁶ teoretikere, og udviklet op gennem 80’erne og 90’erne (Johannsen 2010).

⁶ Ole Dreier, professor, dr.phil. brugte praksisportrætter til efteruddannelse af hospitalspersonale og Beckmann Jensen lektor, cand.psych., ph.d. til undersøgelse af ungdomsrådgivningspraksis.

Praksisportrætter kan anvendes både som redskab til faglig udvikling og til tværfaglige samarbejdsrelationer, idet de konkrete spørgsmål danner et godt udgangspunkt for egen refleksion og faglige diskussioner sidenhen.

I undersøgelsesmetoden beskriver Bechmann desuden fire punkter, som informanterne skal være indforstået med.

1. At deltage i indledende møder.
2. At medvirke i fokusgruppe interviews.
3. Beskrive individuelt egen praksis ud fra spørgsmålene (praksisportrætter).
4. At deltage i et individuelt semistruktureret kvalitativt interview.

Jeg ser det som en velegnet metode i forhold til min problemformulering, men har været nødsaget til at lave mit eget design og ligeledes i løbet af processen foretage ændringer i forhold til Beckmans beskrivelse. Praksisportrætter og praksisfællesskaber gør det muligt at få et indblik i samarbejdsrelationernes styrke og svagheder og hermed være med til at arbejde med fælles mål (ibid).

Undersøgelsesdesign

Undersøgelsesdesignet er inspireret af Beckman Jensens beskrivelse af "Praksisportræt", som blev præsenteret i sidste afsnit. Jeg har dog ikke flere år til undersøgelsen, og det er ej heller bestilt arbejde fra undersøgelsesskolens ledelse. Jeg kan derfor ikke i mit masterprojekt spørge alle samarbejdspartnere og alle 65 lærere på skolen. Jeg kan ikke give en fridag til informanterne, som de kan bruge til refleksion og til at svare på spørgsmålene til praksisportrættet. Undersøgelsen tager derfor udgangspunkt i frivillighed og velvilje fra lærerne på undersøgelsesskolen, men *Reciprocitet* er vigtig – et antropologisk ord, som står for gensidig udveksling, her i form af en lille gave, som gengæld og som tak for hjælpen.

Konsekvensen af disse anderledes forhold er, at jeg har måttet ændre designet.

I stedet for et indledende møde startede jeg ud med at have et oplæg på 30 minutter til et distriktsforumsmøde, hvor skoleledelsen, leder fra daginstitutionsområdet, SSP, sundhedsplejerske og skolepsykologen deltog. Oplægget handlede om sundhedsbegreber og skolen som sundhedsfremmende setting. Visionen hermed er, at det igangsætter en proces, således at der sker en refleksion omkring samarbejde, processer og forhold, som har betydning for at arbejde med "skolen som sundhedsfremmende setting"

I stedet for fokusgruppeinterview med informanterne, hvor de præsenteres for projektet, deres rolle som medforsker, og hvor jeg evt. kunne have fået ideer til emneområder og spørgsmål til praksisportræt, har jeg af tidsmæssige årsager i stedet lavet et informationsbrev, som ganske kort beskriver metoden og hvad formålet er med min undersøgelse (Bilag: 1).

Inspiration til praksisportrættet, spørgsmålene i spørgeskemaet, har jeg i stedet fået fra mine sundhedsplejerskekolleger. Jeg har fået tilsendt cases, indeholdende en situation fra deres hverdag som skolesundhedsplejerske og det tværfaglige samarbejde. Dette har således givet et indtryk af forskellige syn på sundhed, samarbejde og ansvar.

Inden da havde jeg et oplæg om mit projekt, og hvad de næste tre måneder skulle bruges til.

Spørgsmålene i praksisportrættet er gennemset af to ikke involverede folkeskolelærere og dermed valideret angående forståelse og brugbarhed.

Praksisportrættet blev udsendt elektronisk via skoleintra. Skoleintra har et tilgængeligt værktøj, som har den fordel, at de adspurgte bliver mindet om, at dette spørgeskema ligger og venter på besvarelse, hver gang de åbner skoleintra. Ligeledes bliver spørgsmål og svar samlet i et overskueligt system i et Excel ark.

Som tidligere nævnt, er de adspurgte informanter medforskere i egen praksis, og der skulle således gerne sættes en forandringsproces i gang.

Ved gennemsyn af de udfyldte praksisportrætter, som blev udsendt via skoleintra, kunne jeg efterfølgende udfærdige en interviewguide med spørgsmål, som evt. manglede for at kunne besvare min problemformulering ud fra den valgte teori.

Udgangspunktet var efterfølgende at gennemføre et kvalitativt semistruktureret fokusgruppelinterview med de 4 informanter, som havde udfyldt praksisportræt. Hvortil en interviewguide er udformet (Bilag: 3).

Dog er jeg opmærksom på, at undersøgelsen her i pilotprojektet bygger på et meget lille materiale, og en anden gruppe deltagere ville have givet andre fortællinger og problemstillinger, hvorfor man skal være varsom med at generalisere, hvilket ses som en generel problemstilling i forhold til kvalitative studier (Kvale & Brinkmann 2009).

Semistruktureret har jeg valgt, for at kunne forfølge temaer og diskussioner, som opstår i interviewet, og det giver ligeledes en mulighed for meningsafklaring af udtryk, som dermed er med til at gøre analysen og fortolkningen lettere (Bjerg 2008).

Endvidere ser jeg en stor fordel ved at interviewe en fokusgruppe frem for enkeltpersoner, da de er med til at inspirere hinanden og få så mange som mulige synspunkter frem (Christensen 2008). Jeg ser det også som knapt så formelt og dermed opløftende for stemningen. Den inspiration, som fremkommer, kan bruges fremadrettet i samarbejdsprocesser.

Visionen er således med pilotprojektet, at det igangsætter en proces, således at der sker en refleksion omkring sundhed, hvilke barrierer og hvilke muligheder, der er til stede. Ligeledes giver det forhåbentlig en form for forståelse af medansvar for børn og unges sundhed og for at tænke i samarbejdsrelationer, som kan skabe netværk og handlemuligheder.

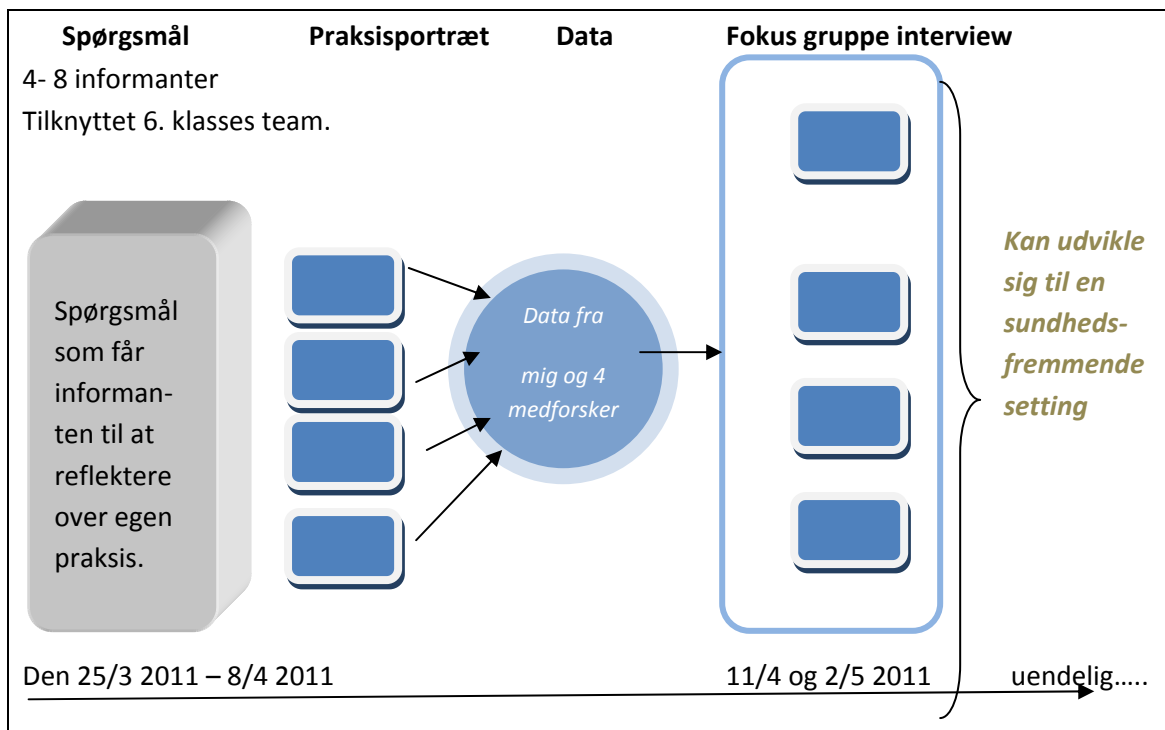
Jeg er opmærksom på ulempen ved at interviewe flere af gangen, ét kunne være manglende lyst til at fortælle om stærke og svage sider i forhold til undervisning omkring sundhed, ligeledes kunne der være forståelse og meningsafklaring af udtryk, som den enkelte ikke har lyst at dele.

Både spørgsmål til praksisportræt og interviewguide (Bilag: 2 og 3) tog udgangspunkt i tre dele:

- 1.del - personlige / begrebsafklaring
- 2.del – samarbejde med andre på skolen
3. del - fremtiden

Dermed var udgangspunktet for mit pilotprojekt klar, som det ses på fig. 7, men så kom virkeligheden...

Fig.: 7. Udgangspunktet og design af pilotprojektet.



Virkeligheden var, at kun 2 svarede fuldt ud på praksisportræt spørgsmålene, og 2 svarede på 1/5 del. Informanterne var bekendt med min tidsramme, som var beskrevet i informationsbrevet, men jeg fik ingen tilkendegivelser fra de 8 informanter om manglende tid eller lyst til at være med i pilotprojektet, og ingen meldte tilbage ang. mødeforslag for det kvalitative interview. Derfor måtte jeg udsende endnu et brev med konkrete forslag.

Det var derfor meget vanskeligt at få 4 informanter samlet til et fokusgruppeinterview, og det blev derfor af to omgange.

Udvælgelse af informanter (medforsker)

Informationsbrev og praksisportræt blev udsendt til 8 folkeskolelærere, som er tilknyttet 6. klasses årgang. Som nævnt sidst i forrige afsnit, blev empirien fra pilotprojektet ikke så stort som forventet men muligt at analysere ud fra.

Lærerne er tilknyttet både fagteams og klasseteams, på den skole hvor jeg selv er tilknyttet som sundhedsplejerske. Lærerne er ikke valgt af personlige grunde, men fordi de er tilknyttet en årgang, hvor de unges sundhedsadfærd påvirkes meget af skolen og jævnaldrende kammerater. Ligeledes har vi tidligere haft et samarbejde i forbindelse med det sundhedspædagogiske tilbud på 5. klassetrin, "Hvad jeg tror om andre – flertalsmisforståelser -- forebyggelse af risikoadfærd"

Det ville også have været yderst relevant at have ledelsen med i pilotprojektet, for netop at få deres syn på det tværfaglige samarbejde omkring sundhed og trivsel. Men på grund af bl.a. stor

travlhed hos ledelsen og en på forhånd kendt holdning, "Sundhed er ikke skolens ansvar", har jeg fravalgt dette.

Set ud fra problemstillingen og min problemformulering, har jeg en formodning samt forhåbning om, at vi er flere, der bliver klogere ved dette masterprojekt. Den viden og proces, der sker i aktionsforskning, vil jeg gerne på sigt, skal komme mine samarbejdspartnere til gode. Velvidende at processen er langvarig.

At de har deltaget i dette pilotprojekt, reflekteret over en masse spørgsmål i forhold til sundhedsfremme og samarbejde, kan give inspiration og være begyndelsen til en organisationsforandring. Små ringe der breder sig og ønsket om mere fokus på sundhed og samarbejde, det vil være botum up frem for en top down fra ledelsen, hvortil man ofte hos den enkelte mangler det fornøjende engagement.

Forsker og medforskers rolle. Juridiske og etiske overvejelser?

Mellem mennesker er der altid en magtrelation, og ved dette pilotprojekt har jeg, både som master studerende og i min profession som sundhedsplejerske på skolen og dermed samarbejdspartner, følt en vis status. Min position som sundhedsplejerske på skolen kan influere på, hvad informanterne siger i interviewet, når der tales om samarbejdet med sundhedsplejersken og ligeledes omkring deres holdninger til ansvar og indsats, når sundhed kommer på dagsordenen. Jeg har været meget afhængig af deres velvilje til at finde interesse og tid til at deltage. Jeg vil gerne vise min taknemmelighed, men samtidig skulle det ikke være på grund af to flasker vin, at de deltog, men snarere fordi -- de også syntes, at samarbejdet omkring børn og unges sundhed er vigtig. Jeg lovede på forhånd at skabe trygge samt hyggelige rammer til interviewet, som foregik på skolen, og hvor jeg kom med nybagte boller og kaffe. Endvidere, at alt ville blive anonymiseret således, at de trygt kunne udtale sig om både ledelse, elever og eksterne samarbejdspartnere. Som det fremgår af informationsbrevet, (Bilag: 1) har de 8 forespurgte informanter haft mulighed for at tilkendegive, hvis ikke de havde tid eller lyst til at deltage i pilotprojektet. Det var der ingen tilbagemeldinger på, og jeg var derfor overrasket over, at kun få havde besvaret praksisportrættet.

På grund af for lidt datamateriale ville jeg skrive yderligere en opfordring pr. mail til de to lærere, som havde svaret fyldestgørende på praksisportrættet, men ikke havde deltaget i det 1. semi-strukturerede fokusgruppeinterview. Pr. mail, da jeg syntes det var mere etisk korrekt at give tid til at tænke, om de ville deltage eller ej. Grundet tidsnød og for egen vindings skyld tog jeg dog telefonen og ringede til de to pågældende en fredag aften og fik positive svar på at deltage i et interview efterfølgende mandag.

Her føler jeg en hvis ydmygelse af mig selv og et magtmisbrug, som jeg meget gerne vil prøve at undgå, hvis jeg en anden gang skulle lave en undersøgelse og fortage interviews.

Dataanalyse af praksisportrætter og fokusgruppeinterview i pilotprojekt

Kort om informanterne.

Mit analysemateriale, empirien, er en triangulering, da den både bygger på praksisportræt udfyldt på skrift og kvalitative interviews.

Der er 4 lærere, som har responderet på min undersøgelse. 2 af lærerne har udfyldt alle spørgsmål i praksisportrættet. De har forholdsvis 42 og 21 års undervisningserfaring og er henholdsvis klasselærer og matematiklærer. Skrives fremover som informant 3 og informant 4. Desuden er der to yngre lærere, som har udfyldt 1/5 del af spørgsmålene til praksisportrættet, de er begge klasselærere og har henholdsvis 5 og 15 års undervisningserfaring. De skrives som informant 1 og informant 2.

Det var ikke muligt at finde et tidspunkt, hvor alle kunne deltage i et fokusgruppeinterview, og interviewene har derfor været over to gange.

Begge interview er optaget og overført til Cd-rom. For at gøre materialet tilgængeligt og håndterbart har jeg transskriberet det i sin fulde længde og ligeledes lagt på Cd-rom. (Bilag: 4). Talesproget er gjort læsevenligt men således, at meningen og forståelsen er bibeholdt. Ved grin er der indsat en smiley. 😊

Citater fra praksisportræt og de kvalitative interviews er efterfølgende skrevet med kursiv. Ved interviewene er der anført informant 1-4, da jeg ser dialogen som vigtig i forhold til refleksion hos informanter og interviewer.

Analyse strategi

Jeg vil analysere min empiri med inspiration fra teori, begreber og perspektiver, som beskrevet i 1.del af opgaven. Her træder elementer frem som sundhedsbegreb – habitus – deltagelse – engagement – social læring - fællesskaber - værdier m.m., samt Wengers tre dimissioner for praksis-fællesskaber: Fælles virksomhed, fælles engagement og fælles repertoire

Indledningsvis skrev jeg bl.a., at der er dokumentation for et bredt og meningsfyldt samarbejde på tværs af faggrupper, når vi taler om børn og unges sundhed og trivsel, men hvad er det, der gør det så svært? Min problemformulering danner udgangspunkt for analysen således, at det er muligt at konkludere et svar på denne og på ovenstående.

Mit pilotprojekt har givet meget viden omkring, hvordan mine samarbejdspartnere, lærere ser på sundhed, dens mange dimensioner og hvordan deres virkelighed for at arbejde sundhedsfremmende er. Ligeledes er der skabt en opmærksomhed omkring min egen position som sundhedsplejerske, og hvad det har af betydning for mit arbejde.

For at forstå datamaterialet og yde det retfærdighed, vil jeg gøre opmærksom på, at den databearbejdning, som jeg foretager her efterfølgende, er en tolkning ud fra, hvad mine interesser er draget af. Jeg vil citere lærerne, som de siger det, men da jeg netop er interesseret i forhold og processer, er det ikke den enkeltes lærers holdning, men mere dennes forklaring på og beskrivelse af samarbejde, om hvordan der arbejdes med sundhed og hvordan der er plads eller ikke plads til det i hverdagen, der er interessant.

I begge fokusgruppeinterview og i praksisportræt træder der nogle gentagelser frem, og ved kodning med henholdsvis rød, gul og grøn overstregningstusch identificeres disse temaer:

Hvordan arbejdes der med sundhed
Er der plads til sundhed i hverdagen
Kollegaviden -- om at dele eller ikke dele viden
Hvordan læres der bedst
Samarbejde mellem skole og lokalsamfundet
Sundhed kræver overskud
En mangel her og nu med hensyn til samarbejde

Analyse

Som indledning til denne analyse vil jeg citere noget fra praksisportrættet. Jeg spørger om de eventuelt har noget, de til sidst vil fortælle om i forhold til at se skolen som sundhedsfremmende setting, og en af informanterne svarer:

"At egentlig sundhedsfremmende undervisning bør varetages af fagpersoner. Jeg har valgt at være lærer, fordi jeg vil undervise i fag. Sundhed har jeg ikke mere forstand på end forældrene, og det er først og fremmest deres ansvar. Jeg er bevidst om det, der er pålagt mig at formidle til eleverne og gør en indsats, men sundhed er en del af meget andet "opdragende", som ligger i forlængelse af faglig undervisning, men ikke er lærernes hovedopgaver"

Læreren skriver, at hun er sig bevidst om det, der er hende pålagt. Når noget er pålagt, gør man det af pligt. Dermed er det ikke nødvendigvis sikkert, at det fornødne engagement og den gensidige ansvarlighed overfor emnet sundhed er til stede, og den egentlige læring, som ønskes udebliver.

Citatet viser også, at der arbejdes ud fra forskellige diskurser, fordi læreren her netop ikke mener, at sundhedsfremme er noget hun, som lærer skal varetage. Men i henhold til faghæfte 21 og WHO's udlæg af sundhedsfremme er jeg ikke enig.

Hvordan arbejdes der med sundhed

Både praksisportrættet og de kvalitative interviews bidrager til en viden om, hvordan der i det daglige arbejdes med sundhed og på forståelsen af sundhed. I praksisportrættet spørger jeg ind til, hvilken rolle skolen spiller i forhold til sundhed? Hvilket ansvar?

"Psykisk: At være opmærksom på elevernes trivsel i samarbejde med forældrene. Som lærer: forsøge at få eleverne til at gøre "noget" i grupper, som kan skabe tryghed især for usikre/svage elever. Fysisk: Når lejlighed gives, at tale om sund kost, gode kostvaner (spise hver dag på skolen fx). Give muligheder for eller "tvinge" til kortere fysiske udfoldelser, når eleverne har moduler. Til forældremøder: gøre opmærksom på det nødvendige i motion"

"Kantinemaden, social læring/opførelse i samværet med mange andre, eksistentielle samtaler, opdragelse til "det gode liv", opmærksomhed og ansvar i forhold til de hjem hvor tingene ikke fungerer"

” Som det er nu, spiller skolen en meget lille rolle. Vi blander os eksempelvis ikke i, hvad børnene spiser eller om de motionerer udover de 2 idrætstimer om ugen i skolen. Der hvor vi har lidt indflydelse er på det sociale plan; har børnene venner i skolen? Virker de glade eller kede af det. Jeg kan sagtens se for mig, at skolen indfører et sundhedsfag, som arbejder med kost, motion og mental sundhed”

Der er altså forskellige syn på, hvad skolens rolle er i forbindelse med sundhed. En af informanterne nævner en del ting, imens en anden skriver, at den enkelte lærer og skolen som sådan kunne gøre meget mere. På den ene side ses sundhed bredt og positivt, men på den anden side bliver sundhed nemt kædet sammen med KRAMS faktorerne, og sundhed bliver noget, der foregår i fagtimer som idræt, hjemkundskab og biologi.

Ved mit spørgsmål om lærernes kendskab og brug af faghæfte 21 svarede de fleste som nedenfor

Informant1: ”Ja den kender vi ikke” 😊 -- griner -- ” handler det om sundhed?”

men én af de fire lærere, som har deltaget, har kendskab og gør i det daglige brug af faghæfte 21. Det er informanten, som har 42 års undervisningserfaring, hun svarer i sit praksisportræt på, om og hvordan hun bruger faghæfte 21.

”Ja. Trinmålene formidles gennem det daglige arbejde i flere fag. Fx i emner til skriftlige ugeopgaver (fx om fremtidsdrømme), i historie, hvor menneskets liv gennem tider beskrives og parallel til nutiden trækkes, kristendomskundskab, hvor der tales om andre religioner og accept af dem og af ateisme”.

Der er lærere, som slet ikke kender faghæftet og lærere, der har kendskab til trinmål og bruger faghæftet i f.eks. dansk og kristendomsundervisning. Det er altså lidt tilfældigt, hvem der har kendskab til faghæftet. Det kan selvfølgelig hænge sammen med, hvor mange års undervisningserfaring den enkelte lærer har, om man er forholdsvis nyuddannet, om det er noget, de har kendskab til gennem uddannelsen eller fra kolleger. For de som ikke kender faghæfte 21, bliver sundhed ofte noget, som hører bestemte timer eller fag til, da sundhed meget nemt bliver oversat til sund mad og fysisk aktivitet.

Informant 1:”Ja og jeg kan godt forstå det i sådan et fag som hjemkundskab, det bliver meget konkret ikke. Men der, hvor det f.eks. er svært at få det integreret, er f.eks. i dansk undervisningen. Nu er jeg så også idrætslærer i den klasse, hvor jeg er dansklærer, så der kan jeg sådan helt konkret lave noget”.

Sundhed er altså noget der tales om i idræt eller hjemkundskab. Det er her eleverne dyrker sport, laver mad, spiser sammen og har en fælles praksis omkring at lære noget om sundhed. Hvad gør det ved vores krop, hvis ikke vi spiser efter anbefalingerne og hvad sker der, hvis man spiser for meget slik og ikke dyrker motion? Sundhed bliver til fravær af sygdom og der savnes viden omkring sundhedsbegreber, når sundhed er på dagsordenen. Der savnes viden om faghæfte 21, som

handler om *Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab*, at sundhed skal indgå i de obligatoriske fags timetalsramme, og altså ikke er relateret til et bestemt fag. De lærere, som ikke har kendskab til faghæftet, ser ikke sundhed som en skal opgave. Hermed er faghæftet ikke tingsliggjort i et praksisfællesskab blandt skolens lærer.

Lærerne fortæller, at hvis det ikke står direkte, at klasselæreren skal eller at det indgår i et bestemt fag, så bliver det tit "*syltet i skolesammenhæng*" og de mener, at det er en "*ledelsesopgave at sørge for at få det implementeret og få det ud til os*" udtaler en af informanterne. En anden siger:

Informant 1: "jeg har en forventning om, at hvis det virkelig er noget, der skal batte på en skole, så er det ledelsen, der skal gå forrest med nogle tydelige værdier omkring sundhed ellers så tror jeg, det er svært at rykke ret meget. Det er begrænset, hvad man kan med sin egen lille person"

Det kan være rigtig svært for den enkelte lærer, de kommer nemt i klemme, og jeg fornemmer også her en hvis magtesløshed, hvis sundhed ikke er en opgave, som italesættes og diskuteres. Den mestringsstrategi, som lærerne har i forhold til sundhed eller mangel på samme, er afhængig af oplevelse af sammenhæng. Håndterbarheden i forhold til at undervise i sundhed, implementere det i hverdagen ud fra whole system thinking kan være meget svær for den enkelte. Læreprocessen hertil er netop, at der er den rette belastningsbalance. Lærerne føler, at der er rigtig mange ting, de skal. Derfor efterspørges der mere tid til at tage sig af den sociokulturelle tænkning og også mere tid til samarbejdet omkring sundhed.

På den ene side ser ledelsen ikke nødvendigvis et medansvar for sundhed, og i dagligdagen tilgodeses der ikke åbenlyst rum og tid for det, hvilket flere af informanterne påtaler.

Hermed kan det være svært for skolen at leve op til settingperspektivet, som det formuleres af WHO: "Health is created and lived by people within the setting of their everyday life: where they learn, work, play and love" (Komiteen for sundhedsoplysning 1988).

På den anden side ville det være forholdsvis nemt at arbejde med sundhed, hvis det praksisfællesskab som ledelsen består af satte sundhed på dagsorden. Det ville være inspirerende for resten af lærerkollegiet. Der er en forhandlet virksomhed omkring sundhed, og hvad indsatsen skal være. Der er gensidig ansvarlighed. Engagementet kan være forskelligt, men der er bevidsthed, om hvad der fremmer og hvad der hæmmer sundheden. Sundhedsbegreber og skolen som sundhedsfremmende setting er diskuteret, og diskursen stiler mod den sundhedsfremmende skole. Faghæfte 21 og et dokument fra ledelsen kan være, som Wenger beskriver, en tingsliggørelse. Den genstand eller ting som kan være med til, at der sker en meningsforhandling og en deltagelse, en oplevelse af at være i verden og som giver opfattelsen af sammenhæng.

Er der plads til sundhed i hverdagen

Omkring sundhed i hverdagen så nævner lærerne selv, at hvis skolen skal ses som en sundhedsfremmende setting, ja så er det også vigtigt, at skolens kantine er med, at der ikke sælges så meget hvidt brød, og for eleverne kunne det f.eks. være fint med en løbetur hver morgen, det kender de fra andre steder. Sundheden skal vise sig i hverdagen og de siger:

Informant 2: "[...]Det kunne jeg bedre tænke mig, end sådan som det er nu, at man kører et eller andet forløb af en gang imellem, og så kan man sætte kryds ved det"

Informant 1: "Lige præcis – det er sådan noget, jeg brænder for. [...] jeg synes f.eks. også, hvis det var det her med skolen som sundhedsfremmende setting, så skulle man jo også snakke med kantinen om, at de skal holde op med at sælge så meget hvidt brød. Ellers så er det jo lige meget, om vi går hen i klasserne og taler om sundhed, og så går de i frikvarteret hen og køber hvidt brød angmas' ".

Her er et ønske om, at skolen har en ensartet holdning til sundhed og hermed kan der blive tale om strukturel forebyggelse ved at der er fælles normer. Skolens kantine skal f.eks. kun sælge sund mad, og eleverne skal forblive på skolen i skoletiden, således at eleverne ikke går til den lokale pizzaforhandler i frikvarteret. Set ud fra et samfundsmæssigt perspektiv er der her tale om, at fælles normer for sundhed er af almeninteresse frem for egeninteresse, og det bør styre menneskets handling. Ifølge Coleman er det værdifuldt for den sociale kapital.

Informanterne nævner, at der her på skolen, er initiativer på vej omkring mere bevægelse i skolen. Det er sundhedsfremmeafdelingen i Kommunen, der har det som fokusområde i dette skoleår. Tiltaget ses som et fint eksempel på strukturel forebyggelse. Der er lagt op til, at børn og unge får sig bevæget mere også i forbindelse med den daglige skolegang. Der kan opstå en debat om, hvad sport har af indflydelse på vores krop, indlæring og sociale fællesskaber.

På en måde synes lærerne, at initiativet fra kommunen er rigtig godt, men at det er svært for den enkelte. Der efterspørges konkret viden. Lærerne føler, det er svært at implementere.

Informant 2: "Det eneste vi fik at vide var, at skolelederen sagde, der var en kontrakt, han skulle overholde med kommunen i forhold til bevægelse.[...] så nu' skal vi røre os i timerne"

Informant 1: "Det kan jeg da se på mig selv, hvor svært det er at huske i en dansktime – der er vi jo traditionelle, det er i idrætstimerne vi rører os eller i svømning"

Informant 2: "Ja ja" 😊 - griner -

Informant 2: "Ja, der mangler man jo netop en eller anden ide' bank, også bare fra nogle andre lærere, som kunne stille sig op og fortælle—"inde i min klasse gør vi sådan og sådan", -- det kunne være rigtig fedt".

Temaet "Er der plads til sundheden i hverdagen" er også lig med, om der er afsat den fornødne tid. Her kommer et par citater omkring tid og ressourcer. Den førnævnte balance mellem det som lærerne skal, i forhold til et fag og forholdet til det dannelsesmæssige ved at være lærer.

Informant 1: "[...]jeg synes sagtens, der kunne være et fag, der på en eller anden måde hed Sundhed altså sådan bredt forstået. Hvad vil det sige at have et godt liv – hvad omfatter det!"

Informant 4: " F.eks. har vi dansk som andet sprog i år, så skal vi jo tage den dimission ind, og det er jo også noget, vi skal forholde os til, fordi det er en del af vores arbejde og helt reelt, at vi skal gøre det, men det betyder bare, at der er sat en ramme [...] vi kunne jo ikke

selv vælge og sige -- kunne det ikke være sjovt at have om sundhed på 6. årgang f.eks. i matematiktimerne?"

Hvis sundhed var et fag, ville der være timer afsat, og blandt de lærere der underviste i faget, kunne der opstå et fagligt fællesskab. Det ville på den ene side være godt for de lærere, som underviser i sundhed. De ville have en større interesse og opnå en større viden. Ligesom en sundhedsplejerske, som dog har en diplomuddannelse, har mere viden om sundhedsfremme og forebyggelse for børn og unge, end en sygeplejerske har. Eller læreren, som også er bibliotekar, har i forhold til litteratur. På den anden side ville hele sundhedsfremme tankegangen og settingperspektivet gå tabt. Sundhedsfremme og emner som indgår i faghæfte 21 *sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab*, skal netop tage udgangspunkt i hverdagens aktiviteter, være tværfagligt og indgå i alle fag.

Jeg vil afrunde de to første temaer med teorien omkring social læring og praksisfællesskaber, både i forhold til "hvordan arbejdes der med sundhed" og "er der plads til sundhed i hverdagen". Det er tydeligt, at sundhed er meget afhængig af den enkelte lærers engagement, der er ikke skabt en praksis for sundhed rent organisatorisk. Der mangles en struktur, udstedt af ledelsen, om at sundhed og trivsel er noget, der hører til i hverdagen på skolen, der mangler en gensidig ansvarlighed. Viden efterspørges, men den viden, der er til stede som kompetence, bliver ikke delt. Her ses f.eks. et manglende fælles engagement omkring bevægelse. Bevægelse og sundhed generelt har ikke været til debat, men føles i stedet som noget, de bare er blevet pålagt. Meningen mangler for lærerne, de kan have svært ved at forstå meningen med jobbet, og hvad der er målet. Faghæfte 21 er ikke tingsliggjort som et redskab eller værktøj mod fælles repertoire. Dermed er det op til den enkelte, hvor meget værdi og hvordan sundhed prioriteres. Der tænkes i bevægelse i form af idrætstimerne eller svømning, og lærerne giver klart udtryk for, at det er nemmere at arbejde sammen i fagteams. Der er et lille praksisfællesskab med samme interesse for et fag. Dette vil jeg komme ind på igen senere.

Kollegaviden -- om at dele eller ikke dele viden

I forlængelse af citaterne under sidste tema, hvor en lærer efterspørger viden og synes, det ville være "fedt" med en form for ide' bank til f.eks. 5 minutters bevægelse i timerne, forsættes her med næste tema som handler om vidensdeling.

Ved mit 2. interview giver læreren med 42 års undervisningserfaring en masse viden omkring faghæfte 21 og om, hvordan hun bruger den, og hun nævner også, at der er fokus på bevægelse. Hun har ikke svært ved at finde på 5 minutters bevægelse og har egentlig altid brugt det, i forbindelse med dobbelt lektioner. Jeg spørger, om hun ikke har lyst til, at dele denne viden og give inspiration til andre lærere:

informant 3: "hmm ja, men det ved jeg ikke rigtig, der har jeg nok altid haft den opfattelse af, at her på stedet, nej også andre steder, altså en lærer der kommer og siger "nej, nu skal I bare høre, jeg ved lige præcis hvordan, det der det skal gøres, det har jeg lige forstand på", hold kæft, det er ikke til at holde ud".

Informant 4: "ja ja 😊 -- griner og nikker bekræftende"

Informanten giver et eksempel på, hvad hun kan finde på at lave af fysisk aktivitet imellem 2 lektioner og jeg spørger, om hun ikke har oplevet, at elever og kolleger lytter til hendes ideer?

Informant 3: "men jeg kommer ikke med det til kolleger, det gør jeg ikke, det gør jeg altså ikke" [...] "skolelederen har også flere gange sagt til mig - kunne du ikke tænke dig at fremlægge det og det for hele lærerkollegiet – men nej, det kunne jeg godt nok ikke tænke mig. Altså fordi man lige får øje på et eller andet, som jeg har lavet"

Informant 4: "Man kan jo godt sidde og snakke sammen og spørge, og så kommer der nogen gange en historie, en pussig historie, "nå gør du sådan?", det er jo ikke fordi, vi sådan har murer imellem, men det er bare ligesom om, det ligger ikke i den kultur, vi har"

Interviewer: "Kunne du (henvendt til informant 4) uddybe det, med den kultur I har?"

Informant 4: "hmm Jeg tror, at det er en lille smule farligt og øhh, og det er måske bare noget, vi sådan fornemmer, som i virkeligheden ikke er reelt, men det er en lille smule farligt at stille sig op og sige "nu skal I se, hvad jeg gør" [...] "Jeg tror også vi ved, -- i virkeligheden ved vi godt -- hvem vi skal gå til, hvis vi har et behov for at få noget input. Altså f.eks. så kunne jeg finde på at gå til dig (henvender sig til informant 3), hvis jeg bøvlede med noget kristendom i 5 klasse [...] fordi der ved jeg, du har mange kompetencer og du har mange erfaringer, så der kunne jeg gå til dig ik'. Jeg ved også, at jeg ville gå til Jens(navnet opdigtet) hvis det var noget med..."

Som den ene lærer selv påpeger, er der her tale om en kultur, hvor viden ikke deles med andre, med mindre den bliver efterspurgt i et lille forum. Det er der ikke tradition for. Umiddelbart kan det ses som en slags forlegenhed, et ønske om ikke at gøre sig bedre end andre, at virke klogere. Samtidig ser jeg også det her, som janteloven "du skal ikke tro du er noget" jf. informant 3's svar, hvilket ikke stemmer overens med dannelsesbegrebet /visionen i den danske folkeskole som at opnå handlekompetence i forhold til at forvalte sit liv, have mod, viden og mulighed for at vælge det gode, sunde liv mm. I sygeplejefaget ville det være helt naturligt at dele sådan viden, netop for at give patienten den bedst mulige pleje og behandling.

Flere steder i mit datamateriale tilkendegiver informanterne også, at samarbejdet fungerer bedre i fagteams frem for klasseteams, men dog også at det er meget personbestemt. Det kan næsten se ud som, at den sociale tillid mangler, den generaliserende tillid, som er brobyggende for social kapital. Men, at den private eller partikulære tillid er til stede i de små netværk, som består af fagteams, der hvor de har samme interesse for et fag, f.eks. matematik eller idræt. Her er der loyalitet, gensidighed og samarbejde mellem lærere, der kender hinanden.

På den ene side føler jeg, som ovenfor skrevet, at vidensdeling i sygeplejefaget er en almindelighed. Men på den anden side er det måske et alment kulturelt fænomen, da janteloven er indlejret i dansk kultur som en form for habitus og er et problem på mange arbejdspladser.

At man deler eller ikke deler ud af sin viden i et større forum, er så indforstået i ens habitus, som Bourdieu kalder den inkorporerede tavse viden, som tavst er oparbejdet gennem ens opdragelse/dannelse til lærerfaget.

Ved at dele viden sker der en læring, en læring i et praksisfællesskab, som her består af fagteams.

Fagteams er mindre enheder og har bestået over tid. Den tid, som Wenger beskriver, er vigtig og væsentlig. Som matematiklærer mødes man i dette fagteam gang på gang, år efter år. Wengers teori om deltagelse kan også bruge som analyseredskab. I den væremåde, som lærerne har i forbindelse med at dele viden overfor hinanden, opleves der et samspil og en gensidighed mellem nogle af lærerne, men i forhold til at dele viden opleves den ikke som sådan i hele lærerkollegiet.

Hvordan læres der bedst

På et spørgsmål om hvordan lærerne tænker, at elever lærer bedst omkring sundhed, er det tydeligt, at de ser den største læring i det sociale fællesskab og i praksis.

Informant 2: "[...] de gange jeg har oplevet de lærer bedst i det hele taget, det er, når et eller andet er gået op for dem,[...] f.eks. i hjemkundskab, når de opdager hvor meget smør, er det egentlig, man skal bruge til sådan en kage, så vil de ikke ha' den bagefter. Men det skal være noget, hvor de selv er indover. Jeg kan bare huske, fra da jeg selv gik i skole, det var jo den ene kampagne efter den anden. Hvor man så en eller anden film, så skulle man det ene og så skulle man det andet, og det var ikke rigtig noget der bed på -- tror jeg ikke. Det virker det heller ikke til for dem, for de er jo så medievante, at de bare lade det køre igennem. Det skal være noget, hvor de selv oplever, aha oplevelse".

Informant 3: "Det gør de i praksis, jeg tror man kommer længere på en lejrskole, end man gør nogen som helst andre steder. Der er der mulighed for at snakke med dem om en del ting, det har jeg i alle tilfælde oplevet".

Informant 4: "[...]vi havde børn, der ikke kunne sove om natten og børn der brækkede sig af slik. Men vi fik det ud af det at det var utrolig illustrativt for børnene, at så meget slik bliver man dårlig af. Man bliver mere køresyg, man bliver alt muligt".

På en lejrskole f.eks. syd for grænsen, er der nogle rammer, som giver plads og tid til at tale om f.eks. sundhed. Hvad betyder det for eleven, hvis de over flere dage ikke spiser rigtig mad og i stedet kun spiser slik og drikker sodavand, fordi det er billigt. Her kan livsstilen nemt kobles med de levevilkår, der er til stede, der skabes kommunikation, som på den måde kan skabe forandring og handlekompetence hos den enkelte.

Når Wenger omtaler elementer som fællesskab, praksis, mening og identitet i forbindelse med den sociale læringsteori, så ses de elementer, her hvor eleverne lærer i et fællesskab f.eks. på lejrskole, eller i hjemkundskab hvor de bager kage. Der sker en læring i forbindelse med udførelsen og eleverne kan se en mening med det, for dem har det relevans.

Lærerne har nogle pædagogiske kompetencer og er således bevidste om, at undervisningen skal være elevorienteret, det skal komme dem ved, og dermed styrkes elevernes kompetence.

Samarbejde mellem skole og lokalsamfundet

Ingen af informanterne gør brug af lokalsamfundet og i forhold til et spørgsmål, om de har prøvet at inddrage lokalsamfundet, svarer en af lærerne:

”Det er ikke muligt for mig at nå i min arbejdstid. Jeg anser det faglige arbejde for vigtigt, og når jeg har forberedt, udført og efterbehandlet det, er der ikke megen tid tilbage”.

Ved drøftelse af sport i fritiden og bevægelse i det daglige skoleliv fortæller én af informanterne at hun har erfaringer fra tidligere:

Informant 2: ”[...]på den skole jeg var før – der havde man sådan nogle aktivitetsdage hvor, der var nogen, der tog nogle drenge med ned i sådan et judocenter, og der var også nogen der fik danseundervisning”.

Her er altså et fint eksempel på inddragelse, og ved sådanne tiltag opstår måske lysten til også i fritiden at dyrke judo eller anden form for sport, og den lokale idrætsforening vil hermed også få nye medlemmer.

Måske kunne man også forestille sig muligheden for, at man i hjemkundskab besøgte den lokale pizza forhandler, for at eleverne dermed kunne få et indblik i fastfood branchen, kikkede på varedeklarationer i supermarkedet. I matematik tog de i skoven for at måle højde på træerne og læreren, som nævner, at hun bruger faghæfte 21 i forbindelse med f.eks. kristendomskundskab og historie, går måske på kirkegården for at se på gravstene og drøfte historie og kultur.

Ved at inddrage lokalsamfundet, tager skolen settingperspektivet og det brede ind i forhold til sundhedsbegrebet jf. fig. 1 og 3. Hermed opstår der dialog og læring om whole system thinking på flere planer.

Sundhed kræver overskud

I praksisportrættet beskriver en lærer, at sundhed kræver overskud og flere gange i interviewene er tiden nævnt, som en vigtig faktor for, at sundheden kan blive en del af skolelivet.

”[...] jeg skulle have klassen i 6. time om fredagen. Vi snakkede om, at det kunne være hyggeligt med en kage ordning, [...] Vi snakkede om, at man meget gerne måtte servere frugt i stedet.[...] Barnet skulle selv skære frugten ud. Hun skar sig i processen, slikkede såret og satte derefter den slikkede hånd ned på melonen, så stort set ingen af kammeraterne ville have noget bagefter.[...] De havde lært, at kage var usundt og frugt besværligt”.....” Vi fik lært, at sundhed kræver overskud og energi fra de involverede parter, en energi som ikke altid er til stede.”

Egentlig ses her en stigmatisering af pigen der har frugt med, bl.a. fordi hun som en af de få har frugt med i stedet for kage, da hendes mor har insisteret på, at det var bedst. De andre elever oplever det som en besværlig proces at skære frugt ud.

Ligeledes nævnes der, at der blandt arbejdskolleger er en klar forventning om, kage til nogle af møderne, og hvis der findes et alternativ, er det mere tidskrævende og mere besværlig.

Informant 4: ”ja men vi har også en tradition [...] der serveres kage hver gang, vi skiftes til at have kage med. Der var på et tidspunkt, hvor jeg havde taget rullepølsemeder med, hjemmebakket rugbrød, fin rullepølse, løg og sky, det var ikke bare sådan flad vel, jeg hav-

de gjort noget ud af det. Hold fast jeg fik mange sure miner, det var ikke passende, det skulle være sødt [...] meget nemmere at købe en kage ved bageren end at skulle skære nogle kiwier og nogle æbler ud ikke også”

Informant 3: ”ja det er det, for det skal gøres på stedet”

I disse to citater fra min empiri er der et praksisfællesskab, et blandt elever i en klasse, og et blandt et udvalg bestående af voksne på skolen. Der er en fælles virksomhed bestående af en gensidig ansvarlighed for at tage kage med. Men når kagen bliver skiftet ud med frugt eller rullepølseadder bliver det besværligt, og det gensidige engagement bryder sammen. Det gensidige engagement kunne godt være til stede, da der ikke nødvendigvis behøves enighed omkring engagementet. Hvis formålet var klart, at hygge kunne være mange ting og ikke kun noget sødt. Sundhed bliver her set som det B.B. Jensen kalder negativ. For at noget er sundt, skal det være frugt eller rugbrød frem for kage. Det glemmes, at kage faktisk kan være sundt set i forhold til det positive sundhedsbegreb, i form af den velvære det giver, at få et stykke kage hen på eftermiddagen, hvor elever som lærer måske er ved at være trætte i hjernen.

I forhold til de sidste tre temaer vil et bredere kendskab til sundhedsbegreber og en aktiv læring forbedre elvernes handlekompetence – og det understøttes af det, som lærerne tidligere har nævnt, at elever lærer bedst ved deltagelse og at det kommer dem ved.

En mangel her og nu med hensyn til samarbejde

Samarbejde imellem lærerne har jeg tidligere været inde på i forbindelse med fagteams og klasse teams, men her kommer en dialog mellem lærerne i forhold til at samarbejde omkring børn og unges trivsel.

Informant 1: ”Men egentlig så vil jeg nok sige, at det er fagteams, der er det stærkeste, sådan tænker jeg nok... men, det er så nok fordi, jeg har dårlig erfaring med klasseteams i år, fordi vi ikke har haft noget samarbejde, fordi vi har været for mange lærer på klassen. Så begge dele kunne fungere godt, men jeg hælder nok mest til fagteams samarbejde, når vi taler om det her”.

Informant 2: ”Ja men det syntes jeg bare er ærgerligt. For den skole jeg var på før, der var det meget teamet omkring klassen der samarbejde. Sidste år der syntes jeg, at jeg samarbejde meget med matematiklæreren – det gør jeg så ikke så meget i år, men alligevel har vi sådan en fælles(...) Jeg kan godt sætte mig ned og fortælle om en elevs trivsel og så vil hun gerne give mig gode ideer til, hvad jeg kan gøre, eller hvad skal jeg, det kan jeg sagtens. Så jeg syntes egentlig det gælder begge steder. Men det er så kun matematiklæreren”.

Det ser nærmest ud, som om det er tilfældigt, om der er et samarbejde omkring børn og unges trivsel og hvis ikke, ”så hænger det på klasselæreren” Det er et personspørgsmål, om der er mest samarbejde i klasseteams eller fagteams. Det kan være meget svært at se, om et barn trives godt eller ej, og børn reagerer også forskelligt i forskellige sammenhænge, dvs. måske oplever idrætslæreren en elev meget anderledes end klasselæreren gør.

F.eks. kan det være svært at se, om et barn bliver udsat eller er vidne til vold /overgreb i hjemmet. Nogle børn bliver stille, passive og på en måde meget nemme at have i en klasse, imens andre blive aggressive og opfarende over den mindste ting. Idrætslæreren vil måske i forbindelse med kontaktsport kunne se symptomer og tegn, ligeså i forbindelse med det efterfølgende bad. Sammen vil lærerne måske kunne se en adfærdsændring hos eleven.

Jeg spurgte også ind til samarbejdet med sundhedsplejersken og her nævntes, at personligt kendskab til sundhedsplejersken og at vedkommende ofte kommer på skolen er væsentligt for et godt samarbejde. Ligeledes spurgte jeg, om de kunne give eksempler på samarbejde med sundhedsplejersken:

Informant 2: "Jamen det her, jeg har jo været på andre skoler, det her er faktisk det første sted jeg har et samarbejde med en sundhedsplejerske. Det har jeg ikke sådan oplevet før overhovedet".

Informant 1: "Det tror jeg egentlig heller ikke jeg har, når jeg sådan tænker tilbage men jeg syntes det er meget vigtigt".

I praksisportrættet gives der udtryk for, at sundhedsplejersken skal foretage "*Sundhedstjek af eleverne og være sparringspartner omkring elever med synlige sundhedsproblemer, fx overvægt*". Samt forholde sig til "*Elevernes personlige forhold herunder deres mentale og kropslige sundhed*"

På den ene side opleves samarbejde omkring sundhedsfremme tilsyneladende ikke almindeligt og som en naturlig del af et fællesskab omkring børn og unges sundhed og trivsel. Sundhedsplejersken opleves som sparringspartner og med kompetencer omkring sundhed og sygdom inden for det naturvidenskabelige felt. Det, vi som sundhedsplejerske umiddelbart huskes for, og som der gøres brug af, er de funktionsundersøgelser af syn, hørelse, højde og vægt, vi har med børnene. På den anden side påtales også elevernes mentale sundhed. Men i forhold til at jeg, som sundhedsplejerske kun ser eleverne rutinemæssigt 6 gange i løbet af deres skolegang, er barnet meget afhængig af, at lærerne er bevidste om deres ansvar i forhold til trivsel, at de bruger mig som sparringspartner, og at det er en fælles indsats. Ved ofte at komme på skolen gør vi os synlige i forhold til et samarbejde, og der kan opbygges en tillid. En tillid på tværs af faggrupper, som kan bruges i et tværfagligt netværk. Her kan sundhedsplejersken komme med viden og information i forbindelse med f.eks. symptomer og opsporing af vold. Der er her tale om at understøtte den brobyggende sociale kapital, hvor der her f.eks. sker en handleorienteret læringsproces, og som dermed bidrager til børn og unges trivsel.

I forhold til det samarbejde vi har på klassen i forbindelse med de på forhånd fastlagte sundhedspædagogiske tilbud som "*hvad jeg tror om andre*" og sundhedseksperimentariet, er det vigtigt, at vi som sundhedsplejerske formidler viden på en sådan pædagogisk måde, at både elever og lærere kan føle, at de bliver inspireret, og at det giver mening. Det gør vi heldigvis også, da der i begge interviews er eksempler på, at lærerne er glade for de sundhedspædagogiske tilbud i klasserne f.eks. siger en informant:

Informant 1: "[...] Jeg syntes, at det der kommer et helt nyt indspark... i det hele taget er jeg meget for den der tanke om gæstelærer, at du kommer ind og gør det på en hel ny måde. Det er bare sådan lidt et wake up både for lærer og elever og den tanke kan jeg godt lide, at man bruger i sin undervisning – Det batter noget; det tror jeg helt sikkert"

Men der efterlyses også gerne mere samarbejde f.eks. i forbindelse med kampagner, som uge sex⁷ og lignende. Et samarbejde både med kolleger og med sundhedsplejersken. Hvem er f.eks. kontaktperson til sex og samfund, at et ansvar, som allerede er uddelegeret til en lærerkollega, opdages ved en tilfældighed. Her efterspørges igen mere viden og en fremtræden fra de, som har kontakt til eksterne agenturer inden for sundhed. Men et samarbejde skal også planlægges i god tid:

*Informant 2: [...]*man kunne sagtens gå ind i et tættere samarbejde"**

Informant 1: "Ja, det burde vi nok i virkeligheden gøre meget mere"

Informant 2: "men det er jo også noget med at planlægge året, så skal man planlægge året sammen -- det er nok der, det går galt"

Informant 1: "Og planlægge året sammen med sundhedsplejersken, har du nogle ting du kan byde ind med og hvornår passer det ind. Og sådan noget – det er en ret vigtig ting"

Informant 2: "Nå først skoleåret er gået i gang – så køre det jo bare, så er der ikke ret mange, der har tid til samarbejde – det skal planlægges inden"

Her efterlyses et tættere samarbejde omkring sundhed, men der påpeges samtidig, at det kræver planlægning og struktur. For hvis ikke det bliver planlagt i forbindelse med årsplanen, så er det svært at få tid til. En af informanterne kom med et tiltag til fremtiden:

Informant 4: "Jeg sidder og tænker på, vi har sådan noget, der hedder en lille starter på vores lærermøder, det kunne jo også være sundhedsplejersken, der kom og sagde...."

Informant 3: Ja det kunne det, det har du ret i

Informant 4: "Jeg har lige noget materiale her, det kunne henvende sig til de og de børn eller hvis I tænker på at lave et emne om det og det – se så har jeg... Altså sidste nyt fra sundhedsplejersken"

Hvis sundhedsplejersken skal være den fagperson, som kommer med indspark og nyheder til det sundhedsfremmende arbejde, ser jeg sundhedsplejersken som mediator, som værende nøgleperson, facilitator, igangsætter og måske være medskabende af netværk.

Ved at have fælles virksomhed, fælles repertoire og gensidig engagement omkring sundhed, vil der også blive taget stilling til en masse strukturelle ting, som kan være både sundhedsfremmende og forebyggende. Så som: hvad er udbuddet i kantinen, er der mulighed for og lagt op til et inspirerende bevægelsesmiljø i alle undervisningstimer og i frikvartererne. Hvordan tænkes lokal-

⁷ Uge Sex er en seksualoplysningskampagne som foregår hvert år i uge 6, der handler om at give de unge handlekompetencer og viden. Alle lærere fra landets skoler får tilbuddet om at modtage gratis seksualundervisningsmateriale.

samfundet inddraget. Det personlige ansvar for sundhed understøttes af incitament, der gør det sunde valg til det lette valg.

Mit sidste citat, herunder samarbejde og i det hele taget analysens sidste, er egentlig kun med, for at understrege at mit pilotprojekt har skabt en refleksion, i alle tilfælde her og nu. Og måske kan det på sigt være med til at igangsætte en proces, der retter sig mod skolen som sundhedsfremmende setting.

Mit sidste spørgsmål i interviewguiden var:

Interviewer: "Nu har I jo ikke nået så mange af praksisportræt spørgsmålene, men jeg har et spørgsmål omkring praksisportræt og det er: fik I noget ud af at svare eller se spørgsmålene?"

Informant 2: "Jeg synes vi, har fået noget ud af at snakke om det her".

Informant 1: "jo, og jeg bliver bekræftet i, at der er en mening men også en mangel bekræftet i, at der er en mangel nu og her med hensyn til samarbejde både med kolleger, ledelse og sådan.... . Jeg synes der er for lidt fokus på det".

Konklusion

Praksisportrættet viser, at der er en bred og positiv forståelse af sundhed, men i dagligdagen formår den enkelte ikke at medtage det positive og den brede dimension, såsom vilkårene, lokalsamfundets og skolens rammer, dets indflydelse og betydningen for trivsel og velvære, som faghæfte 21 lægger op til.

Fra at være fokuseret på KRAM faktorer skal den salutogenetiske ide' og skolen som sundhedsfremmende setting være indfaldsvinklen, når sundhed og sundhedspædagogik formidles.

Der efterspørges mere viden omkring sundhedsbegreber og implementeringen. Det er der på nuværende tidspunkt ikke skabt tid og rum til.

Dermed er det meget vigtigt, at der bliver sat tid af og at der laves en struktur omkring, hvordan der på skolen arbejdes med sundhed, f.eks. udtaler lærerne, at elever lærer bedst i praksis, eksempelvis på lejrskole og her ses komponenterne i den sociale læringsteori.

Ved organisering og forandringsarbejde, som i alt andet sundhedsfremmende arbejde, bør der skabes en mulighed for at fremme følelsen af sammenhæng – således, at det for den enkelte bliver begribeligt, håndterbart og giver mening.

Det var en overraskelse for mig, at lærere ikke deler viden sådan umiddelbart, hvis de har gode ideer til et emne eller lignende. For nogen føles det som at fremhæve sig selv. Jeg ser dog vidensdeling som en forudsætning og en nødvendighed i forbindelse med social læring og for samarbejde omkring børn og unges trivsel.

Implementeringen af et større tværfagligt samarbejde omkring sundhed kræver velvilje hos ledelsen, en stærk ledelse, der står fast og kan argumentere for vigtigheden. Derudover kræves der tid og stor samarbejdsvilje fra alle teams, fagteams som klasseteams, da sundhed (faghæfte 21) netop er tværfagligt og timeløst. Der skal udvikles og støttes op omkring fælles praksis, et praksisfæl-

lesskab som Wenger beskriver som fælles virksomhed, fælles engagement og fælles repertoire. — Sundhedsplejersken kan være banebryder i praksisfællesskabet i forhold til det sundhedsfremmende arbejde. Sundhedsplejersken ses som meditator og kan være med til at understøtte den brobyggende sociale kapital i forhold til eksempelvis samarbejde med lokalsamfundet, det tværfaglige og tværsektorielle. Det er vigtigt, at sundhedsplejersken er synlig ved ofte at komme på skolen, således at både sundhedsplejersken og læreren føler et personligt kendskab til hinanden.

Sundhedsplejerskernes sundhedspædagogiske tilbud på klasserne er vigtige, da det ses som en positiv og sundhedsfremmende tilgang, som også for lærerne er inspirerende at deltage i. Ligeledes er det med til at sætte fokus på, at sundhedsplejerskens arbejdsområde er meget andet end funktionsundersøgelser af syn, højde og vægt.

Det er vigtigt, at der i fremtiden er sat fokus på tværfagligheden i sundhedsfaglige emner, således at emnet belyses bredt. Mellem sundhedsplejerskerne, lærerne imellem og ledelse bør der i god tid planlægges forskellige indsatsområder. Der bør laves struktur og politikker for fælles værdier omkring sundhed og for at give sundhedsfremmearbejdet de rette betingelser. Hermed kommer der fokus på børn og unges trivsel, fysiske, sociale og mentale sundhed, og dermed skabes rammer for skolen som sundhedsfremmende setting.

Diskussion og metodekritik

Der er i mine 2 interviews en væsentlig forskel på alderen af informanterne, og det kunne måske tænkes, at den yngre generation ikke har inkorporeret samme habitus som den ældre generation. Dermed kan den yngre generation af lærere bedre understøtte den brobyggende sociale kapital ved at være medskabende over for et åben og udadvendt netværk. Dette ville kunne bidrage til forbedringer af det tværfaglige samarbejde og dermed fremme trivsel og sundhed.

Men på den anden side behøver det måske hverken være generationsforskelle i et fag, for ifølge tidligere nævnt litteratur skriver Ejernes i sin bog *"faglighed og tværfaglighed"*, at der er signifikante forskelle på fagpersoners holdninger. Dermed behøver ovenstående ikke skyldes generatons forskel eller fag, men mere personlige egenskaber. Det ser jeg som en mulighed for åbne diskussioner af forskellighed og ved bevidstheden om dette, kan der skabes et konstruktivt tværfagligt samarbejde.

I forbindelse hermed kunne det være interessant at undersøge det med "Kollegaviden -- om at dele eller ikke dele viden" nærmere, i et større forum.

Der tales om triangulering, når man ved hjælp af flere datasæt belyser det samme fænomen, og hvis de understøtter det samme resultat, siger man, at data konvergerer. Dette er tilfældet i forbindelse med sundhed og tid. Flere steder bliver den manglende tid årsagen til, at sundhed ikke implementeres, at lokalsamfund ikke inddrages. Jeg ser, at der i dagligdagen bliver skal ting og ikke sundhed som sådan.

Ledelsen er her utrolig vigtig som inspiration og som igangsætter. Det praksisfællesskab som ledelsen består af, skal have fælles virksomhed, fælles repertoire og gensidig engagement. Hvis det

er til stede i forhold til at se skolen som sundhedsfremmende setting, vil det have en afsmittende effekt på lærerne.

Når nu lærerne mener, at elever lærer bedst i praksis ved at være engageret og deltagende så gælder det måske også dem selv.

Så i forbindelse med nyskabelse af viden skal vi gøre det aktivt og deltagende, således at det bliver inspirerende og giver mening, for kolleger og samarbejdspartner.

Så på den ene side er det vigtigt, at ledelsen, hvis de gerne vil have fokus på et bestemt indsatsområde, skal de, der skal udføre opgaven have de rette redskaber og se meningen bag indsatsen. På den anden side burde man have startet allerede ved Kommunen som 1. led. Hvis sundhedsfremmeafdelingen, som i dette tilfælde, ønsker en særlig indsats så skal ledelsen også kunne se, at det giver mening. Ligesom den enkelte lærer skal se, at det, der bruges tid på, har en god mening. Et positivt eksempel på dette er f.eks. hvor jeg til sidst i et interview har spurgt om de har fået noget ud af at deltage i projektet. "[...] bekræftet i, at der er en mening"

Et andet eksempel jeg kan nævne, er mit eget oplæg til projektet. Jeg havde, som nævnt i undersøgelsesdesignet et oplæg på 30 minutter til et distriktsforums møde. Her deltager skoleledelsen, leder fra daginstitutionsområdet, SSP, sundhedsplejersken og skolepsykologen. Jeg havde power point oplæg om sundhedsbegreber og skolen som sundhedsfremmende setting, men det, der flyttede mest hos deltagerne, var præsentationen af "Ønskekortene",⁸ hvor de sad to og to, og der blev skabt en dialog om sundhed.

Hvad er sundhed for dig? – præsenterede mit eget kort (en truckfører på arbejde der ser rigtig rigtig glad ud) – Et godt arbejde – ser det som et vilkår, der er mig givet, som jeg arbejdsmæssigt er glad for og ligeledes føler en taknemlighed over for, at det er muligt at tage denne masteruddannelse eksempelvis.

Her ses det igen, at dét der huskes og giver "aha" oplevelser, det er dér, hvor den enkelte er aktiv deltagende og engageret. Det gælder for børn som for voksne.

Som nævnt i *Sammenhæng i den kommunale indsats – med fokus på børn og unges sundhed* (Wistoft et.al. 2009) bliver sundhed prioriteret i Kommunerne, men det er en udfordring på det ledelses- og videnskabsmæssige plan og i forhold til tværfagligt samarbejde, faggrupperne imellem .

I mine interviews ses også den konflikt, der kan være mellem de sundhedsprofessionelle og skolerne, hvis kerneydelse er uddannelse og dannelse.

Her ser jeg sundhedsplejersken som en vigtig mediator for processen. Sundhedsplejersken kan være med til, at der formuleres fælles værdigrundlag og fælles mål, der tilgodeser de forskellige interesser blandt de aktører, der skal yde en sundhedsfremmende indsats. En kobling mellem pædagogik og sundhed, og hvor der skelnes mellem pædagogiske mål og sundhedsmål.

⁸ Med "Ønskekortene" har Sundhedsstyrelsen (2009) udviklet et rigtig spændende produkt, der kan fremme dialogen om sundhed.

Der er positive tilkendegivelser på sundhedsplejerskens sundhedspædagogiske tilbud, hvor vi ofte bruger metoden "aktive vurderinger"⁹, men spørgsmålet kan dog stilles, om vi gør det ofte nok? Vi ved, at det er en sundhedspædagogisk metode, som inspirerer lærere og elever, der er ingen løftede pegefingre, og sundhedsformidlingen tager netop udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb, hvori både livsstil, vilkår og velvære indgår. Samtidig er sundhedspædagogiske tilbud ofte noget der bliver sparet væk pga. manglende tid og ressourcer.

Derfor er det måske netop, at det sundhedsplejersken huskes for i det daglige, det er sundheds-tjek af, syn, hørelse, højde og vægt. Dette kan der være flere grunde til og her vil jeg fremhæve den deltagelsesform som sundhedsplejersken har, når hun er på skolen. Det har stor betydning, om sundhedsplejersken viser sit eget engagement og har en positiv fremtoning på skolen. Den small talk som foregår over madpakken og i frikvarteret over kaffen, kan netop være medskabende for det sociale fællesskab, som senere kan være vigtig i et fagligt og diskuterende fællesskab.

Det er så nemt at se splinten i den andens øje, men svært at se bjælken i sit eget....

At forske i egen praksis – er det nu også det, jeg har gjort? Hvis jeg havde lavet en undersøgelse blandt sundhedsplejersker alene eller både og, havde det måske givet et andet resultat, det er jeg meget bevidst om. På den anden side er skolen også min praksis, og her er lærerne mine samarbejdspartnere og børn og unge er kernen i vores arbejde.

Jeg ville her i masterprojektet gerne se fremadrettet og trække nogle temaer frem, som ikke gav kritik af samarbejdspartnere, men i stedet gav løsninger og handlemuligheder. Så et af mine store dilemmaer var, at jeg ikke kunne lide at skrive, at lærerne ikke kendte faghæfte 21.

Men ved hjælp af teorien kunne jeg se, at det ikke var et individuelt problem, men et socialt problem. Er det nu personens egen skyld eller er det fordi, der ikke er tid og rum, og processer i gang som gør, at faghæftet ikke bliver kendt af alle.

Jeg kunne i den forbindelse godt tænke mig, at ledelsen satte mere fokus på sundhed og samarbejde, men er bevidst om at sundhed selvfølgelig er mit fokusområde og måske også for meget "mit hjerte-barn". På den ene side er det ikke sikkert, at alle skal have det som fokus og indsatsområde, men på den anden side er sundhed så stort et begreb og har indflydelse på hele systemet, at jeg ser en nødvendighed af en større og bredere indsats.

At jeg her i undersøgelsen er gået uden om ledelsen var et valg, som på en måde var det nemmeste, men samtidig ser jeg nu i stedet nogle - ringe der breder sig i vandet, og vi bygger noget op, i mens vi sejler. For mig er det en metafor på botten op i stedet for top down, som den enkelte ikke altid ser meningen i og derfor ikke kan engagere sig fuldt ud.

Det har været svært at få data. Der var for mange spørgsmål i praksisportrættet, og dette har påvirket svarprocenten i negativ retning, hvilket måske burde have været forventet, måske var der også et forståelsesproblem!

⁹ En sundhedspædagogisk metode som kan bruges i et sundhedsfremmende og forebyggende perspektiv. Deltagerne er aktive, der er et frit valg mellem flere alternativer, der indgår faktaviden og der reflekteres og mærkes efter i forhold, til de valg der bliver truffet.

Det var svært at lave aftaler pr. brev og jeg tror, at det helt klart havde været bedre, hvis jeg havde haft min daglige gang på skolen. Face to face aftaler ville have været mere forpligtende for den enkelte, og evt. forståelse af spørgsmål ville også nemmere have kunnet være afklaret.

Meningen med praksisportrætter var en refleksion, hvilket jeg helt sikkert mener at kunne spore hos informanterne, og dermed ser jeg metoden meget velegnet til organisationsforandring og udvikling. Det er ærgerligt, at jeg i sidste interview glemte at spørge informanterne, som netop havde svaret på alle spørgsmål, om de havde fået noget ud af at svare på praksisportrættet, det ville have været med til at validere ovenstående.

At der havde været tid og mulighed for, at alle 65 lærere og pædagoger kunne udfylde et praksisportræt og dermed fik mulighed for at reflektere, ville have været en fantastisk proces, men jeg ville være gået datadød, og ikke engang en studentermedhjælp ville have været nok. Det kunne dog være spændende at lave sådan en stor og omfattende undersøgelse.

Men mit lille pilotprojekt har sat fokus på et område og en refleksion i gang, men det er ikke nok med det, processen forsætter. Der er brug for videreudvikling.

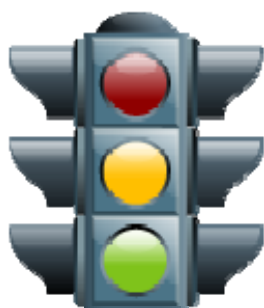
Perspektivering

Ingen tvivl om at ledelsen er vigtig, alfa omega og common cence, men under min tematisering med de farvede tusser og analyseprocessen fik jeg denne ide': Hvis vi skal se skolen som sundhedsfremmende setting, skal vi først blive opmærksom på, hvilke ting der problematiserer det, hvad er der af løsninger, og hvordan kommer vi videre.

Nu er det sådan med figurer og modeller, at de næsten altid kan diskuteres, men for mig giver det mening at bruge dette trafiklys som en arbejdesmodel, sammen med Bjarne Brun Jensens figur "skolen som setting" figur 3 side 17 her i masterprojektet.

Med udgangspunkt i disse 2 figurer kan der afholdes en temadag med overskriften "Skolen som sundhedsfremmende setting"

En temadag som formidler viden og fremmer kompetencer hos de voksne, som børn og unge møder i deres hverdag.



STOP -- HVAD ER PROBLEMET:

Sundhed kræver overskud, viden og struktur

TÆNK -- HVAD ER DIN LØSNING:

Ved deltagelse, engagement og praksis sker der en læring

GÅ I GANG-- HVORDAN VIL DU AFPRØVE DET:

Samarbejde styrkes af fælles interesse og meningsfuldhed

Fig.: 8 Lysregulering

Ingen tvivl om at folkeskolen og sundhedsplejen er to meget forskellige kulturer, og at kendskab til hinandens arbejdsområde og metoder er meget vigtig. Men sammen kan der laves visioner om

sundhed og trivsel, fysisk, psykisk og socialt. Kommunen vil hermed leve op til strukturreformen fra 2007, hvor det er kommunen, der har ansvaret for den borgerrettede sundhed og forebyggelse og dermed også har ansvaret for fremme af sundheden blandt børn og unge. Men de visioner, der fremkommer, skal være vedkommende således, at der føles ejerskab. Læring omkring sundhed i skolen skal give den enkelte en oplevelse af sammenhæng, det skal give mening, hvilket giver en direkte kobling til salutoginesen. Hvad er det, der holder os sunde, frem for hvad er det, der gør os syge?

Ved en temadag kan der tages udgangspunkt i "ønskekortene" og sundhedspædagogiske metoder som "Aktive vurderinger". Hermed skabes en dialog omkring sundhedsbegreber. Hvis vi vil sundheden og leve op til settingperspektivet, er det vigtigt at der tænkes i muligheder frem for begrænsninger.

Hvordan kan der arbejdes med sundhed, så det giver positive oplevelser frem for distance som f.eks., at sundhed er besværlig og kræver overskud. Hvordan laves "snydetanker" til "nydetanker", når vi sidst på temadagen får en lækker flødekage?

I fællesskab udarbejdes sundheds- og trivselspolitikker på skolen. Måske laves en sundhedsplan ligeså vel, som der tidligere er udarbejdet sorgplaner.

Der "forfremmes" 1-2 kontaktlærere eller måske skal vi kalde dem ressource lærere, for netop hermed at italesætte deres ekstra viden og kompetencer inden for sundhed. Disse lærere har fremover kontakten til eksterne agenturer inden for sundhed, f.eks. Sex og samfund, som tidligere beskrevet, Sundhedsstyrelsen i forbindelse med kampagner som "get moving" der handler om fysisk aktivitet "uge 40" som handler om alkohol. Hjerteforeningen eller Kræftens Bekæmpelse har også tit materiale, som henvender sig specielt til skoler og forskellige klassetrin. Ledelsen skal sørge for, at der afsættes timer til det, lige såvel som der afsættes timer til AKT- og SSP lærer.¹⁰

Der laves sundhedsteam bestående af ressource lærere, sundhedsplejerske og repræsentant for fagteams og klasseteams fra 1-3, 4-6 og 7-9 klassetrin. Sundhedsplejersken vil her være sundhedsmediator.

Sundhedsteamet fortsætter visionerne og sørger for vidensdeling, således at budskabet kommer ud til alle lærer og pædagoger på skolen. Der udvikles materiale, "læseplaner", for de forskellige fag til forskellige klassetrin. Således at der aktivt kan arbejdes med sundhed i matematik, dansk, kristendomskundskab og idræt med udgangspunkt i faghæfte 21 sådan, at der leves op til de forskellige trinmål. Hvordan arbejdes med sundhed i matematik – idéer og inspiration opstår i et praksisfællesskab, og der kan evt. også findes inspiration på hjemmesider som

¹⁰ AKT = Adfærd, kontakt og trivsel

SSP= skole, socialforvaltning og politi.

www.skoveniskolen.dk – www.udeskole.dk.¹¹ eksempel: Kropsmatematik. Her findes 12 ideer til matematik i uderummet, der tager udgangspunkt i kroppen. (Skoven i skolen 2011)

Udover et sundhedsteam laves et sundhedsråd. Det består af skolens ledelse, ressourcelære, forældrerepræsentant fra skolebestyrelsen, elevrepræsentant, SFO, kantinen og sundhedsplejersken.

De skal fortsætte arbejdet med udvikling af sundhedspolitikker og være bindeled mellem skolen og lokalsamfundet, det være sig foreningslivet inden for fritid og kultur, beboerforeninger som detailhandel og virksomheder i området. Sundhedsrådet skal også være ansigtet udadtil og sørge for PR. og indslag i dagspressen.

Der kan evt. drøftes, om man skal være medlem af www.skolenettet.dk¹², og der kan hentes inspiration fra andre Kommuner.

”Lysreguleringen” sammen med ”skolen som setting” vil hermed involvere voksne på skolen, elever og forældre således, at det bliver et fælles anliggende at fremme sundheden.

Det pædagogiske mål er hermed, at den enkelte opnår handlekompetence i forhold til det gode liv på baggrund af viden om effekt, viden om årsager, udvikler visioner og alternativer ved at lære om forandringsstrategier gennem handling, deltagelse og engagement.

Tænk bredt og positivt omkring sundhed og KRAMS.

K—kompetencer

R—ressourcer

A—anerkendelse

M—mestring

S—succes

Den ulighed der i dag ses omkring sundhed kan mindskes ved tidlig indsats, samarbejde tværfagligt og tværsektorielt —starten kan være en større indsats i den danske folkeskole.

Ringene breder sig, men ting tager tid.

Skolen som sundhedsfremmende setting – at lære er at ville!

¹¹ Skoven i skolen og udeskole samler viden om udeskolens teori og praksis for lærere, lærerstuderende, seminarielærere - og andre med interesse for undervisning i naturen og de nære omgivelser. Bag står Dansk Skovforening | Friluftsrådet | Skov- og Naturstyrelsen | Træ Er Miljø - trae.dk | Undervisningsministeriet.

¹² Sund Skole Nettet har til formål at fremme udviklingen af sundhedsfremmende tiltag i folkeskolen og opsamle data om danske skolebørns sundhed. Elever, lærere og forældre kan finde inspiration, konkrete redskaber og gode råd om sundhed uden løftede pegefingre.

Litteratur

- Antonovsky Aaron (2000) *Helbredets Mysterium* København Hans Reitzels Forlag
- Albeck, Christina Klyhs (2009) Socialkapital som ressourceperspektiv på skolen. I: *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme Teori, forskning og praksis*. Carlsson, M Simovska, V og Jensen, B.B(red) Aarhus Universitetsforlag, s.231- 246
- Bechmann Jensen, T. (2005): Praksisportrættet. Indsats og forskning i social praksis. I: Bechmann-Jensen, T. & Christensen, G. (Eds.): *Psykologiske og pædagogiske metoder. Kvalitative og kvantitative forsknings metoder i praksis*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag, s..95-122.
- Bjerg, Ole (2008):Metoder og erkendelsesteori. I: *Forsknings metoder i folkesundhedsvidenskab*. Vallgård, S og Koch, L (red.) Munksgaard Danmark 3.udgave, 2. oplag
- Christensen Ulla. et. al (2008) Det kvalitative forskningsinterview. I: *Forsknings metoder i folkesundhedsvidenskab*. Vallgård, S og Koch, L (red.) Munksgaard Danmark 3.udgave, 2. oplag
- Coleman, J. S. (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital In: Ostrom, E., Ahn, T.K. (eds.) (2003) *Foundations of Social Capital* pp. 159 – 184
- Doris, M. (2009):Sundhedsfremmende settings: Teori, politik og praksis. I: *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme Teori, forskning og praksis*. Carlsson, M Simovska, V og Jensen, B.B (red) Aarhus Universitetsforlag , s.277- 294
- Greaney, M., Hardwick, C. K., Mezgebu, S., Lindsay, A. C., Roover, M. L., & Peterson, K. E. (2007). Assessing the feasibility of a multi-program school-based intervention to promote physical activity and healthful eating in middle schools prior to wide-scale implementation. *American Journal of Health Education*, 38(5), 250-257. Retrieved from <http://www.aahperd.org/aahe/publications/ajhe/author-abstracts.cfm>
- Jensen B.B. (2000): Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. I: *Læring i sundhedsvæsenet*. Hounsgaard, L. & Eriksen, J. J (red.). Gyldendal Uddannelse, s.191-212
- Jensen, B.B (2009) Indlæg af Bjarne Brun Jensen kap. 15 og 22 Sundhedspædagogiske kernebegreber og Sundhedspædagogik og intervention I: *Forebyggende sundhedsarbejde* Kamper-Jørgensen. F & Almind. G, & Jensen. B.B . 5. udgave. Munksgaard Danmark
- Jensen, Bente et.al (2007) Ulighed i Børn og unges sundhed-set I lyset af social capital Danmarks pædagogiske forlag.
- Jensen,Torben K og Johansen, Tommy J(2001) *Sundhedsfremme I teori og prakseis* Forlaget Philosophia Institut for Filosofi Aarhus Universitet. 2. udgave 2 oplag.
- Johansen, Kirsten Birk (2010) *Vi skal løfte I flok,det bliver for tungt alene - skolen som sundhedsfremmende setting*. Modul 3 Vuderingsportfolio Master I sundhedspædagogik Danmarks pædagogiske universitetsskole,Århus universitet. Ikke publiseret.
- Jørgensen, Torben (2010) Slides fra "Strukturel forebyggelse" Masteruddannelsen i Sundhedspædagogik DPU, 26.04.2010
- Kamper-Jørgensen. F & Jensen. B.B. (2009) Kap 1 Begreber inden for forebyggelse og sundhedsfremme. I: *Forebyggende sundhedsarbejde* Kamper- Jørgensen. F & Almind. G, & Jensen. B.B . 5. udgave. Munksgaard Danmark
- Kaspersen, Lars Bo (2004) Teorisynteser i moderne sociologi. I: Andersen, Heine (red) *Sociologi en grundbog til et fag*. 3. rev. udg. 4. oplag Hans Reitzels forlag København2004 s.70-76

- Kvale, S & Brinkmann, S (2009) *Interview. Introduktion til et håndværk* 2. udgave Hans Reitzels forlag
- Komiteen for Sundhedsoplysning(1988) *Ottawa Charter om sundhedsfremme – Ottawa Charter for Health Promotion*
- Læssø, Jeppe (2009) Den sundhedsfremmende mediator I: *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme Teori, forskning og praksis*. Carlsson, M Simovska, V og Jensen, B.B (red) Aarhus Universitetsforlag , s. 247-262
- Markard, M., Holzkamp, K.,& Dreier, O. I. (2004). Praksisportræt. NORDISKE UDKAST JOURNAL FOR CRITICAL SOCIAL SCIENCE, 32(2), 5.
ARRAY(0xa754118)&spage=5&volume=32&issue=2&date=2004
- Putnam, R. (2000) Chapter 20 Health and happiness In: *Bowling alone*, pp. - 326-335
- Rosenmeier, Sara Lea (2007) Den social kapitals fædre I: *Social teori som teori og praksis* 1. udgave 2007 Forlaget samfundslitteratur2007 s. 25- 31
- Skanderborg kommunes hjemmeside (2011) [Forside](#) » [Borger](#) » [Børn og unge](#) » [Sundhed](#) » [Skolebørn](#) (31/3 2011). Lokaliseret [16/5 2011] på World Wide Web: URL: <http://www.skanderborg.dk/Default.aspx?ID=5259>
- Skoven i skolen (2011, 1. april).*Undervisningsforløb kropsmatematik 1* [Hjemmeside for skoven i skolen]. Lokaliseret den 20. maj 2011 på World Wide Web: <http://www.skoveniskolen.dk/default.asp?m=18&a=1484>
- Sundhedsstyrelsen (2011) *Vejledning om forbyggende sundhedsydelse til børn og unge* 1.udgave 1. oplag
- Sundhedsstyrelsen (2009) Udvikling og nye samarbejdsrelationer
- Sundhedsstyrelsen (2011) [Mistrivsel blandt skolebørn](#) (2011 3/30) Lokaliseret [6/4 2011] på World Wide Web: URL: <http://www.sst.dk/publ/Publ2011/CFF/MentalSundhed/MistrivselBlandtSkoleboern.pdf>
- Svendsen. G.L.H (2007) Hvordan får vi social capital 'Trojkaen' til at køre? I: *Social kapital som teori og praksis*1. udgave 2007 Forlaget samfundslitteratur 2007 s. 173
- Svendsen. G.L.H 2001 Hvad er social kapital I. Tidsskrift *Dansk sociologi* 1/01
- Undervisningsministeriet (2009) *Fag hæfte 21 Sunheds- og seksualundervisning og familiekundskab*
- Undervisningsministeriet (2009)Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som lærer i folkeskolen(2009 5/29). Lokaliseret [5/4 2011] på World Wide Web: URL: : <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=124492>
- Wistoft, K Højlund,H og Grabowski, D (2009) *Sammenhæng i den Kommunale indsats –med fokus på børn og unges sundhed*. Forlaget Lundtofte.
- Wistoft K. Dan Grabowski (2010) *Mental sundhed i skolen*. Forlaget Lundtofte.
- Wenger, E. (2004 a): En social teori om læring. I: Lave, J. & Wenger, E. (Eds.), *Situeret læring og andre tekster*, (side 129-155). København: Hans Reitzels Forlag.
- Wenger, E. (2004 b): Læring. I: Lave, J. & Wenger, E. (Eds.), *Situeret læring og andre tekster*, (side 156-181). København: Hans Reitzels Forlag.
- Wenger, E. (2004): *Praksisfællesskaber*). København: Hans Reitzels Forlag.

Bilag 1: Informations brev

Den 25. marts 2011

Kære Team lærere i 6A, 6B og 6C

Jeg er i gang med at afslutte min masteruddannelse i sundhedspædagogik -

Dertil ønsker jeg jeres hjælp.

Jeg vil gerne skrive om Skolen som sundhedsfremmer dvs., at det til dels er bottom up sundhedsfremme, frem for top down som f.eks. kan være, når vi som sundhedsplejersker arbejder sundhedsfremmende. Vi kommer som eksterne og formidler noget omkring sundhed og går igen.

Jeg vil gerne se skolen som sundhedsfremmende setting -- frem for sundhedsfremme i en setting.

"*Setting perspektivet*" er de sociale sammenhænge, hvori mennesker er involveret i hverdagslivets aktiviteter.

Setting tilgangen kommer fra WHO: "*Moving into the future. Health is created and lived by people within the setting of their everyday life: where they learn, work, play and love.*" (Komiteen for sundhedsoplysning 1988)

Trivsel for elever og medarbejdere - uden trivsel kan man ikke lære noget og måske heller ikke lære andre noget... 😊

Mit pilotprojekt ang. opgaven er nogle praksisportrætter. En undersøgelsesform der kan beskrives kvalitativ og punktvis og som er god til organisationsforandring og udvikling.

Praksisportrætter er et systematisk redskab til at indsamle data, som så reflekteres, analyseres og som følges op af yderligere kvalitative interviews.

Udgangspunktet er procesorienteret, så som at undersøge hvad er der af barrierer og hvilke muligheder er der for at arbejde med "skolen som sundhedsfremmende setting"

Måske er der en masse strukturelle ting, som gør det svært og måske har vi ikke samme opfattelse af hvad sundhed er.

Jeg vil gerne have jer, 6. klasse team lærere, som informanter og som medforskere, hvis I har tid og lyst. Grunden til at jeg vælger jer, som har 6.klasse, skyldes at vi ved, at det især er i denne aldersgruppe, at mange sociale fællesskaber er med til at bestemme sundhedsadfærden.

Som medforskere i egen praksis går det ud på, at I svarer på nogle åbne spørgsmål, som jeg udsender via personale- intra. I får ca. to uger til at besvare. Spørgsmålene er inddelt i tre temaer med nogle under-spørgsmål. I må forsøge at besvare dem, så godt I kan. Efter databearbejdelse af jeres svar, er hensigten, at vi mødes til et semistruktureret fokusgruppeinterview på skolen, hvorefter vi i fællesskab udvikler viden til nye handlinger, samarbejde og ideer som med tiden kan gøre skolen til en sundhedsfremmende setting.

Det semistrukturerede fokusgruppeinterview vil jeg optage på bånd og efterfølgende transskribere.

Jeres svar, både på skrift og i fokusgruppeinterviewet, vil selvfølgelig være anonymiseret i opgaven

Håber I vil være med, men hvis ikke er det fuld acceptabelt – dog giv mig et praj i løbet af den kommende weekend eller inden den 30/3.

Derudover er tidsplanen således, at praksisportrætterne ønskes udfyldt via skoleintra inden den 8/4.

Tidspunktet for fokusgruppeinterviewet på skolen kan blive lidt af en udfordring, men jeg vil gerne, om det kan lade sig gøre enten mandag, tirsdag eller onsdag i uge 15 – altså mellem den 11-13. april – inden påskeferien. Giv mig nogle forslag. Her vil jeg selvfølgelig komme med nybagte boller m.m.

Hvis I har yderlige spørgsmål, er I meget velkommen til at kontakte mig her på intra, på mail eller mobil.

Med venlig hilsen Sundhedsplejerske og projektmedarbejder.... ogMasterstuderende 😊

Kirsten Birk

Bilag 2: Spørgeskema til praksisportræt

Indledning

- Hvilke fag underviser du i i 6. klasse?
- Hvor mange år har du undervist i Folkeskolen?

Spørgsmål del 1: personlige forhold til sundhed og begrebsafklaring

- Beskriv hvad sundhed og sundhedsfremme er for dig?
 - Hvor meget betyder den subjektive dimission "velvære"?
- Skriv ganske kort hvordan du definerer sundhed for en skoleelev
- Hvilken rolle spiller skolen? Hvilket ansvar?
 - Hvad tænker du umiddelbart på, når jeg skriver "*skolen som sundhedsfremmende setting*"?
- Hvilken rolle spiller du i forhold til sundhed i 6. klasse
 - Hvad er for dig et godt undervisningsmiljø?
- Tænk tilbage på situationer hvor sundhed har været et tema og beskriv forløbet
 - Var der et gensidigt engagement og følte det meningsfyldt?
 - Fik du og eleverne f.eks. en indsigt, ny viden ud fra en bred, positiv og handlingsrettet forståelse af sundhed, herunder forståelse af forandringsstrategier.
 - Var den kritiske sans, kreativiteten og visionerne til stede?
- Hvilke funktioner mener du sundhedsplejersken har på skolen, og hvad kan du som lærer bruge sundhedsplejersken til?

Spørgsmål del 2: Samarbejde med andre bl.a. her på skolen

- Beskriv dit samarbejde med andre faggrupper omkring sundhed/trivsel.

Eks. Idrætslærer, biblioteket, hjemkundskab, AKT lærer, sundhedsplejersken
(fysioterapeut) tandplejeren, kantinen, ledelsen

- Var der et gensidigt engagement og følte det meningsfyldt?
- Har du et fællesskab med samarbejdspartneren?
- Betyder det noget om du har personlige relationer til disse fagpersoner?
- Er der f.eks. tale om sundhedsfremme, forebyggelse eller afhjælpning af elevernes problemer – Hvordan, forklar?

- b) Fortæl kort, hvilke forhold mener du, der skal være til stede, for at et godt tværfagligt samarbejde kan lykkes
- c) Hvordan ser du samarbejdet mellem skolen og lokalsamfundet?
 - Har du evt. selv prøvet at inddrage lokalsamfundet, hermed menes eks. foreningslivet, detailhandlen, i et tema omkring sundhed. Beskriv hvordan.
- d) Har du på noget tidspunkt følt, at der var værdisammenstød ved det tværgående arbejde.
Hvis ja, forklar venligst hvordan?
- e) Hvis ikke der er et samarbejde, hvad er så årsagen til dette?
- f) Hvilket kendskab har du til tilbud inden for sundhedsområdet, til kommunens forebyggelse og sundhedsfremme på børn og unge området

Spørgsmål del 3: fremtiden

- a) Har du kendskab til og gør du brug af offentlige hjemmesider, som formidler sundhed?
 - Nævn gerne dem du lige hurtig kommer i tanke om.
- b) Har du kendskab og gør du brug af faghæfte 21 i din daglige undervisning?
 - I givet fald hvordan bruger du det, giv evt. et eksempel.
- c) Føler du dig "klædt på" til opgaven omkring sundhedsfremme i skolen.
- d) Hvad kunne du evt. ønske dig for at bedre dine kvalifikationer?
- e) Er der opbakning fra skoleledelsen i form af skolens værdigrundlag / udviklingsplan, samt giver ledelsen fordel i form af ressourcer?
 - Hvis ikke hvordan kunne du så ønske dig det?
- f) Kunne du tænke dig anderledes rammer på skolen i forhold til at skabe en sund skole med f.eks. inspirerende bevægelsesmiljøer, sund madordninger, sundheds-/trivselsråd etc.?
Hvordan skulle det evt. etableres?
- g) Hvad kunne du forestille dig som samlet sundhedsindsats i de sociale sammenhænge, hvori børn og unge er involveret i hverdagslivs aktiviteter.

Spørgsmål del 4. Eventuelt

- a) Skriv om andre forhold, som du mener, er af betydning for sundhed på skolen og for samarbejdet monofagligt som tværfagligt for skolen som sundhedsfremmende setting.

Bilag 3: Interviewguide til semistruktureret kvalitativt fokusgruppeinterview

Fokus	Information / spørgsmål	Stikord, prompts and probes
<p>Intro:</p> <p>Rammerne for interviewet.</p> <p>Formål:</p> <p>Gensidige forventninger og rollefordeling:</p> <p>Umiddelbar oplevelse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Interviewet kommer til at vare ca. 1 time • Er det i orden at interviewet optages? Optagelsen bruges som støtte til min hukommelse og vil alene blive anvendt i forbindelse med mit Masterprojekt. • Alle jeres/dine udtalelser vil forblive fuldstændig anonyme. • I er eksperterne, som jeg skal lære noget af. Jeres/din erfaringer (ikke viden) – der er ikke noget, som er rigtigt/forkert. Min opgave er at stille spørgsmål, lytte og notere. • Det er vigtigt, at så mange synspunkter som muligt kommer frem, men ikke at I/du nødvendigvis er enige. • I må endelig spørge, hvis der er noget I/du er i tvivl om eller ikke forstår. 	<p style="text-align: center;">Problemformulering</p> <p>Ved hjælp af praksisportræt og den sociale læringsteori ønsker jeg og lærerne, som er medforskere, at undersøge:</p> <p style="text-align: center;"><i>Hvilke processer og hvilke forhold har betydning for, at skolen kan udvikle sig til en sundhedsfremmende setting?</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Med særlig fokus på:</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Hvordan de sundhedsfremmende samarbejdsrelationer mellem lærerne og sundhedsplejersken kan skabe netværk og handlemuligheder.</i></p>
<p>Personligt forhold</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hvordan tænker I, at elever lærer bedst om sundhed? • Fortæl om en god oplevelse med sundhed • En mindre god • Hvad tænker du/ I om forskellen på "skolen som sundhedsfremmende setting" og "sundhedsfremme i en setting" Eks. vis at skolen lægger op til sundhed i stedet for kun en sundheds - undervisning. • Hvem tænker du har ansvaret for sundhed? <ul style="list-style-type: none"> - Personlig - Familie - Andre voksne såsom 	<p>Pædagogikkens rolle i sundhedsformidling</p> <p>Eks. Hvad betød det så? Hvad tror du selv der gjorde, at det blev godt?</p> <p>"Setting perspektivet" er de sociale sammenhænge, hvori mennesker er involveret i hverdagslivets aktiviteter. -skolen som sundhedsfremmer eller Sundhedsfremme formidlet i skolen.</p> <p>Evt. gradueret fra 1-10 (politik, økonomi, forurening osv.)</p>

	<p>lærere, pædagoger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jævnaldrende kammerater - Politikere - Samfundet - Globale forhold 	
Fokus	<ul style="list-style-type: none"> • Information / spørgsmål 	Stikord, prompts and probes
Samarbejde	<ul style="list-style-type: none"> • Har du et fællesskab med de andre lærere i 6 klasse – fortæl om dette fællesskab. • Kan du beskrive enigheden og uenigheden, grænser for fællesskab/hvad er det mindste bidrag til fællesskabet • Hvor meget betyder det for samarbejdet, at I/ vi er nogenlunde "ens" • Husker du et samarbejde med Sundhedsplejersken? • Hvilken betydning har sundhedsplejersken i dit arbejde med..... Hvordan? • Hvilke aktiviteter, på hvilken måde deltager du selv (hvilken deltagelsesform) • Havde du overvejet hvilken rolle du skulle have.... Har du oplevet at kolleger/børn lytter til dig /dine ideer? • Hvordan deltog du... deltog du på en anden måde end de andre? • Hvilke forventninger har du til lærere kolleger, sundhedsplejersken og ledelsen, når vi taler sundhed? 	<p>Eks .klasse teams /fag teams Uddyb</p> <p>Her tænkes på social kapital – habitus fag, interesser, økonomi, tro m.m. Sociale kulturelle forskelle Rollemodeller Netværk Normer Tillid</p> <p>F. eks i forhold til en elev eller sundheds- pædagogiske tilbud som, "Hvad jeg tror om andre" eller "Sundhedseksperimentariet"</p> <p>Følte du ejerskab – var det fælles virksomhed /fælles repertoire Var det anderledes end normalt? Er det noget, du har arbejdet videre med?</p> <p>Dette skulle gerne give viden om position/funktion i forløbet</p>

Fremtiden	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne du forestille dig temaer omkring sundhed – hvor flere fag eks. matematik, idræt, hjemkundskab, dansk, biologi m.m. var involveret? • Uddelegerer ledelsen ansvar til centrale medarbejdere, som f.eks. har kontakt til eksterne agenturer? <ul style="list-style-type: none"> - Kunne du tænke dig mere af det? - Kunne det tænkes, at der var én eller to, der havde mere viden eller interessefelt i sundhed 	<p>f.eks. fedt i maden</p> <p>viden om: - Effekter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Årsager - Forandringsstrategier - Alternativer <p>Er nogle af medarbejderne / lærere der har f.eks. kontakt til sex og samfund og lign.</p>
Metode	Hvad fik du ud af at svare på den udsendte praksisportræt?	Refleksion – forandringer
Gennemført af: KB	Informant:	Tid og sted

