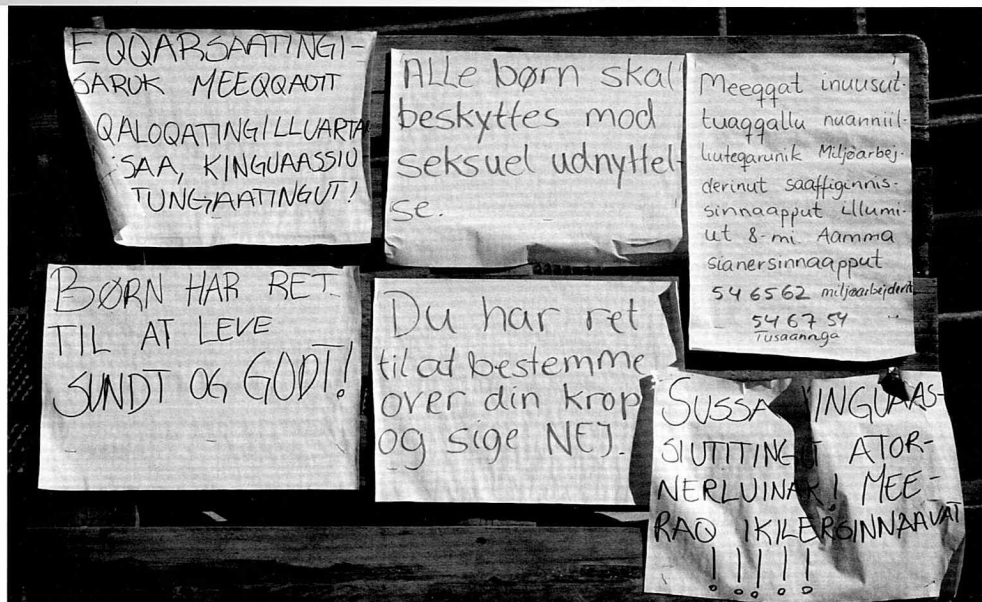


VÆRDIER OG VÆRDIKONFLIKTER I SKOLESUNDHEDSARBEJDET

Af Karen Wistoft

Rolleforvirring og uklar professionel identitet præger sundhedsarbejdet i skolen. Det er et af de foreløbige resultater fra to forsknings- og udviklingsprojekter med sundhedsprofessionelle i Grønland og sundhedsplejerskerne i Københavns Kommune. Målet med artiklen er at bidrage til en klarere beskrivelse af værdimæssige sundhedspædagogiske udfordringer i relation til børn og unge. Desuden er det målet at åbne for en afklaring af, hvilken rolle sundhedsplejersker har og ønsker at have i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i skolen. Vægten lægges på at diskutere dominerende værdier og problemstillinger, der hersker i skolesundhedsarbejdet, med deltagelse og omsorg som eksempler på professionelle værdier. Både inden for forebyggelse og sundhedsfremme er der behov for at arbejde med deltagerorienterede processer og sundhedsfaglig "ekspert-viden", der traditionelt set er baseret på biomedicinske værdier. Endvidere fokuseres på "målgruppe-deltagelse" som fundamentalt element i et sundhedsprofessionelt værdigrundlag, og det diskuteres, hvordan dialog kan forstås, når det drejer sig om børn og unges sundhed. Artiklen inddrager eksempler på sundhedsplejerskers syn på deres arbejde i skolen, som består i at skabe rammer for børn og unges læring og personlige udvikling i en sund retning. Rammerne ses som muligheder for at skolens børn og unge kan forme deres værdier, viden og normer i forhold til aktuelle sundhedsmæssige udfordringer. Opgaverne i skolen formes ud fra forskellige intentioner. Forenklet kan man sige, at det på den ene side handler om at tilrettelægge rum for læring og socialisering, og på den anden side at give børn og unge den omsorg, de råd og de kompetencer, de har brug for, for at kunne handle og træffe bevidste sunde valg. Artiklens temaer: værdier, deltagelse og omsorg belyses i et kritisk perspektiv.



Den største sundhedsprofessionelle udfordring er at give slip på kontrol og forventninger om at løse børnenes problemer. Det er én af konklusionerne af et sundhedspædagogisk udviklingsarbejde om værdier og værdikonflikter i skolen. Opfattelsen af, at skolen skal løse sundhedsvæsenets problemer, er velkendt, og i det sundhedspædagogiske arbejde skaber opfattelsen frustrationer og rolleforvirring. Mange sundhedsplejersker oplever, at de bliver betragtet som problemløser eller miniskadestuer på skolerne, og at både lærerne, familierne og samfundet forventer, at de overvåger og løser nogle på forhånd definerede problemstillinger som f.eks. fedme, inaktivitet, mobning, rygning, alkohol, terrorisme, porno, lotto, mobning – med velegnede pædagogiske metoder. Omverdens forventninger svarer ikke til de sundhedsprofessionelles egne værdier, hvor deltagelse, rummelighed, tillid, 'ægte dialog' og omsorg er centrale elementer. Derfor må vi spørge: hvem vil hvad?

Gennem to aktuelle sundhedspædagogiske projekter: "Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland" og "Værdier i skolesundhedsplejen i Københavns Kommune" søger praktikere sammen med forskere fra Danmarks Pædagogiske Universitet at undersøge, hvilke pædagogiske kompetencer og redskaber, sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle behøver for at støtte en sund udvikling i et sundt miljø blandt børn og unge. Begge udviklingsprojekter er forløbet over tre år, og resultaterne fra de to første faser er netop bearbejdet. Gennem den første fase har der været fokus på problemidentifikation, og denne fase er blevet fulgt op af yderligere to faser, hvor nye sundhedspædagogiske principper og strategier er udviklet, afprøvet og dokumenteret, hvorefter forankring og bæredygtighed er diskuteret med såvel det politiske som det administrative niveau inden for uddannelses- og sundhedsvæsenet i Grønland og Københavns Kommune.

Overordnet handler projekterne om værdiafklaring og dermed en afklaring af, hvad det er for en rolle sundhedsprofessionelle tilskrives i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Projekterne har specielt fokus på kompetencer til at håndtere og udnytte de værdier, der kommer i spil i den sundhedspædagogiske dialog med børn og unge, når sundhed relateres både til sygdomsperspektiver og til 'det gode liv'. Hermed tages afsæt i WHO's definition af sundhed, hvor sundhed ikke kun er et spørgsmål om at leve sygdomsfrit, men børnenes opfattelser af at have det godt i lige så høj grad har betydning for deres sundhed. Det antages, at en vej til at kunne agere professionelt sundhedspædagogisk er at blive kvalificeret til

at afdække og synliggøre de værdier og værdikonflikter, der knytter sig til de sundhedsmæssige praksisser og dermed skabe forudsætninger for at målrette udviklingen af velfærdssamfundets sundhed.

Det er derfor centralt at undersøge, hvorledes sundhedspædagogikken og den enkelte sundhedsprofessionelle skal forholde sig til værdibaserede diskussioner og processer. Eksempelvis oplever mange sundhedsplejersker en konflikt, når de på den ene side arbejder på et værdigrundlag, hvor børnene skal respekteres og involveres i diskussionen af, hvad sundhed er, mens de på den anden side er del af en biomedicinsk tradition, hvor sund levevis opfattes som noget objektivt og individuelt, der ikke umiddelbart er til diskussion. Udfordringen for sundhedspædagogikken er netop at bryde med denne problematiske ideologiske forestilling og i stedet udvikle nye værdiafklarede pædagogiske strategier. Samfundet udtrykker ofte en naiv og utidssvarende forestilling om, at enkeltindivider er i stand til at tage vare på egen sundhed. Ifølge Bjarne Bruun Jensen er der evidens for, at hvis ikke omgivelserne (for eksempel familien, kammeraterne, eller kollegerne) enten er med i 'sundhedsprojektet' eller i det mindste bager op, så det reelt bliver en kollektiv handling, så er chancen for succes meget lille (Jensen, 2004).

RISIKOPROFILER OG FORSAGELSESIDELOGI

Et eksempel er risikoberegningerne og diskussionerne om overvægt, som vi kan følge i medier, rapporter og andre kortlægninger af børn og unges sundhed. Den biomedicinske forståelse af risiko, hvor årsags- og effektsammenhænge anvendes til at udregne risikoen for en sygdom, skaber stærke fortolkningsmæssige rammer for opfattelser af sundhed (Svendsen & Hansen, 2005). Viden om risiko kan nemlig udfordre vores forståelser af fortid og fremtid og bruges til at udstikke anvisninger for nutiden – f.eks. livsstilsændringer. Risikoprofiler er baseret på årsagssammenhænge og produceret på baggrund af viden om fortidige forhold. De

anvendes i vidt omfang inden for den medicinske verden til at foregribe og udsige noget om forebyggelse, hvorefter det sundhedspolitiske system ynder at henvise til dem. Således påpeger Sundhedsstyrelsen, at samfundet står overfor nogle alvorlige problemer med børn og unge, og anbefaler, at der tages alvorligt fat i, at unge motiveres til at spise mindre sukker og få mere motion (Sundhedsstyrelsen, 2003). De unge betegnes inaktive, hvilket sættes lig med risiko for overvægt og en række sygdomme, viser blandt andet en rapport fra Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2005). Både når vi spørger sundhedsplejerskerne, der arbejder på de Københavnske skoler og sundhedsplejerskerne i Nuuk, er der ingen tvivl om, at skolen, familien og samfundet står overfor nogle store udfordringer i forhold til børn og unges sundhed (Wistoft, 2005b; Wistoft *et al.*, 2005). Sundhedsplejerskerne oplever tilmed, at dagspressen formidler et krav om, at sundhed i skolen skal være sjovt, lystbetonet og attraktivt, og skoleidræt skal f.eks. tilbyde: aerobic, kampsport, klattring og vandsport (McDonald, 2005). Der lægges op til konkurrencevirksomhed mellem sundhed og underholdning, og sundhedsplejerskerne må forholde sig til synspunktet: "Bare sundhed bliver gjort sjovt, er der chance for, at de unge får lyst til at motionere". Det lyder måske meget fornuftigt, men kan sundhed løses på en så enkel måde? Det pædagogiske spørgsmål i forhold til såvel Sundhedsstyrelsens risikotænkning som de populære underholdningsbetonede løsningsforslag er, hvordan voksne kan overføre værdier og viden om, hvad der er sundt og dermed sundhed til børnene? Spørgsmålet handler ikke kun om at håndtere sundhed, men også om, hvad vi vil opdrage børnene til.

Problemet er, at Sundhedsstyrelsen ser overvægt som et problem og viser, at antallet af overvægtige børn og unge er tredoblet i Danmark gennem de sidste 30 år, og påpeger, at der i dag er langt flere overvægtige børn end tidligere (Sundhedsstyrelsen, 2003, 2005), hvorefter sundhedsprofessionelle går ud og fortæller børn og unge, at de har et problem (vægt), de måske ikke selv oplever, de har. Vi må først og

fremmest skelne klart mellem et epidemiologisk og et selvoplevet problem. Det bliver problematisk, hvis vi forsøger at overføre et problem til andre på baggrund af statistisk viden og denne skelnen ikke medreflekteres. En sådan epidemiologisk problematik skal selvfølgelig holdes ude fra de børn, der selv oplever, de har et problem. Som udgangspunkt bør vi skelne mellem børn med særlige behov/vægtproblemer fra børn med potentielle problemer. I forhold til de enkelte børn, der har et helbredsproblem (et fåtal), vil det således være relevant at etablere forskellige pædagogiske tilbud. Problemet for sundhedsplejerskerne er, at omverdenen typisk forventer af dem, at de forebygger fedme og overvægt i forhold til skolebørn i almindelighed. Det forventes, at sundhedsplejerskerne forebygger sygdom, og dermed fokuseres på et problem, som børnene ikke selv oplever, de har. Det, den enkelte sundhedsplejerske typisk gør, er at intervenere barnet. Hun forsøger at lære barnet at kende, for at kunne lære barnet at kende sin krop og sig selv bedre, for dermed at kunne forstå og forholde sig til farerne. Denne interventionstankegang bygger grundlæggende på en forestilling om, at barnet ikke kender sig selv.

Unge livsstil og sundhedsvaner (Sundhedsstyrelsen, 2005) er et godt eksempel på, at man i sundhedsvæsenet har registreret tiltagende tendenser til fedme blandt børn og unge, og at man endvidere har udviklet en række råd, som denne målgruppe bør følge (mindre sukker og mere motion) for at ændre adfærd med henblik på at tabe sig eller undgå at blive fede. Man forventer, at sundhedspædagogikken har metoder til at få målgruppen til at efterleve rådene, og der efterspørges forskning, der understøtter en udvikling af de mest effektive metoder for at opnå de mål, der er sat af på baggrund af biomedicinsk forskning. Denne opfattelse af sundhedspædagogik som en metode til indfrielse af sundhedsvæsenets mål for børn og unges sundhed, svarer ikke til succeskriterierne "deltagerorientering" og "handlekompetence" inden for sundhedspædagogik (Jensen, 2004). Den biomedicinske og samfundsøkonomiske tilgang er ude af trit

med pædagogisk forskning (og omvendt), hvilket besværliggør pædagogikkens bidrag til udvikling og nytænkning inden for sundhedsfremme og forebyggelse. "Mindre sukker og mere motion" er kun én blandt flere tilgange til løsning af overvægtsproblematikken, og problemet er, at denne tilgang ofte fremstilles som den eneste ene. Selv børnene svarer "gulerødder og motion", når sundhedsplejersken spørger ind til deres opfattelse af sundhed i sundhedsamtalerne i skolen (Wistoft et al., 2005).

På den ene side er det vigtigt at få den biomedicinske viden og værdier sat i spil. På den anden side er det dybt problematisk. For hvis ikke vi kan finde ud af, hvad der betyder noget for børnene – hvis blot de sundhedsprofessionelle kommer anmassende med deres viden og værdier, fremmes sundheden i målgruppen ikke. Forsagelsesideologiens syndere "for meget sukker og for lidt motion" er ikke med til at give livslyst, meningsfuldhed og oplevelsen af et godt liv uden sygdomstrusler. Pligttilværelsen, der skal vedligeholde idealvægten, er ikke sundhedsfremmende. Den avler i værste fald en sygelig selvkontrol, eller den skærmer mod omverdenens udfordringer, således at man bliver handlingslammet (i en sundhedsfremmende retning) (Wistoft, 2005a). Det er foreløbig udokumenterede synspunkter, som alligevel har betydning for de holdninger, normer og værdier, de sundhedsprofessionelle orienterer sig efter. Sundhedsplejerskerne trækker eksempelvis på disse holdninger, når de diskuterer deres rolle i skolen. De mener, at de klassiske kampagner er eksempler på (forsagelses-)ideologiske metoder, der tages i brug uden at inddrage børnene, hvilket gør, at de kun sparsomt virker på sundhedsproblemerne.

SUNDHEDSPÆDAGOGISK IDEOLOGI

De to aktuelle sundhedspædagogiske projekter handler ikke decideret om inaktivitet eller overvægt, men disse parametre kan være gode eksempler på, hvorfor det er vigtigt at arbejde med værdiafklaring. Overvægtsproblematikken er et klassisk eksempel på et problem, der beskrives inden for den biomedicinske verden, og samfundet forventer af de sundhedsprofes-



sionelle, at det er et problem, de er med til at forebygge. Samtidig ser vi forventninger til skolen om at forme børnene, så de enten får løst deres sundhedsproblemer eller undgår dem, men hvis vi inden for sundhedspædagogikken arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme, er der tale om en helt anden tilgang. Et sundhedspædagogisk ideal er at lære børnene *at iagttage og forholde sig* til de sundheds- og værdimæssige problemstillinger, de møder, for derigennem at udvikle evner og vilje til at handle, så de kan være med til at forebygge sygdom og fremme sundhed. Det overordnede formål er at bidrage til et nyt syn på hele sundhedsområdet med tilhørende begreber og implementeringsforslag, hvor sundhedsfremme og forebyggelse anskues i sammenhæng, snarere end som adskilte størrelser. Via værdiafklaringer i skole-sundhedsplejen er det hensigten at udvikle nye strategier i sundhedsarbejdet. Målet er at udforske, beskrive og systematisere de sundhedspædagogiske kompetencer og redskaber, som sundhedsplejersker behøver med henblik på at facilitere en sund udvikling i et sundt miljø blandt børn og

unge, når sundhed relateres til både sygdomsperspektiver og til 'det gode liv'. Generelt handler udviklingsarbejdet om at afprøve og forandre sundhedspædagogisk praksis med udgangspunkt i sundhedsplejerskers syn på deres eget arbejde i skolen. Forandring består i at skabe nye rammer for børns og unges læring og personlige udvikling, og rammerne ses som muligheder for, at de unge kan forme deres værdier, viden og normer i forhold til aktuelle udfordringer. På den ene side handler det om at tilrettelægge rum for læring og sundhedsfremme, og på den anden side at give børn og unge den omsorg og det rum til at udvikle de kompetencer, de har brug for, for at kunne handle og træffe bevidste valg.

En vej til at kunne agere som professionel sundhedspædagog er at kvalificere sig til at afdække og synliggøre de værdier, der knytter sig til disse forskelligartede og – ofte – konfliktende sundhedsmæssige praksisser. Kvalificeringen indebærer eksempelvis, at sundhedspædagoger bliver i stand til professionelt at skelne mellem værdier, der er knyttet til deres egne



opfattelser af sundhed og de værdier, der knytter sig til sundhedsarbejdet. Velfærds-samfundets forventninger om forebyggende indsatser bidrager til, at sundhedspædagoger er nødsaget til at forholde sig til de værdikonflikter, der ligger i deres arbejde – ikke mindst i skolen.

PÆDAGOGISK VÆRDIREFLEKSION

Vægt på sundhedsfremme betyder vægt på det enkelte menneskes eller målgruppens eget syn på sundhed, ressourcer, handlekraft og fokus på veje til mestring (Wistoft & Nordtorp, 2004). At arbejde sundhedsfremmende betyder, at der i første omgang skabes et begreb om sundhed ud fra en opfattelse, der rummer det gode og det sunde liv. En af regeringens overordnede sundhedspolitiske målsætninger for det professionelle sundhedsfremmende arbejde er, at befolkningens sundhed og trivsel fremmes ved aktiv deltagelse (Sundhedsministeriet, 2002). I det sundhedsfremmende arbejde handles ofte ud fra en demokratisk sundhedspædagogisk opfattelse med et begreb om deltagelse, som bl.a. er fremhævet af Bjarne Bruun Jensen

(Jensen, 2004). Denne idé om deltagelse omfatter professionel tilrettelæggelse af rum for målgruppens visioner, involvering og medbestemmelse. Målet i en demokratisk sundhedspædagogik er, at deltagerne udvikler en sundhedsmæssig handlekompetence, hvilket danner baggrund for, at de selv får erfaring med aktivt at skabe de præmisser, der skal til for, gennem livets faser, at leve sundt og godt (Jensen, 1998).

Et pædagogisk arbejde indebærer intentioner med de handlinger, der gøres. En pædagog vil noget med de mennesker, der arbejdes med; pædagogen reflekterer over pædagogikkens konsekvenser og fokuserer på læring og forandring. Pædagogik i skolen er både et konkret pædagogisk arbejde samt udtryk for de holdninger, teorier og værdier, der knytter sig til arbejdet. Tanken om, at værdier, holdninger og opfattelser umiddelbart kan overføres fra det ene menneske til det andet eller fra det ene fællesskab til det andet, er efterhånden opgivet (Wistoft, 2005b). Vi kan ikke længere regne med, at idealer eller forestillinger om et godt eller sundt liv passivt overføres via undervisning, kampagner,

oplysning eller anden kommunikation. Derfor må vi antage, at både viden, følelser og værdier indgår i en aktiv proces med henblik på læring, dannelse og kompetenceudvikling.

Sundhed kan ikke simpelt overføres fra de professionelle til borgere, børn eller andre målgrupper, og derfor bliver den sundhedspædagogiske opgave først og fremmest at afklare værdier og sundhedsbegreber i dialog med målgrupperne om sundhed. Der er tale om et omverdensforhold, hvor det drejer sig om at opnå tryk- og stimulerende og udfordrende, og *ikke* kun om at opnå på forhånd givne *effekter* af de professionelle aktiviteter. Dette stiller krav til pædagogikken om gensidig åbenhed, deltagelse, hensyn og forståelse (Moe, 2003). I dette lys omskriver sundhedspædagogikken en traditionel opfattelse af at forme børn og unge til at leve på en foreskrevet sund måde til en anden opgave; nemlig at bidrage til, at børn og unge udvikler egne visioner om et sundt liv og sunde levevilkår og desuden udvikler kompetencer til at handle i overensstemmelse hermed. Ud fra denne tænkning er målet for en sundhedspædagogisk indsats, at det enkelte menneske opnår forbedret livskvalitet, kan tage kritisk stilling til og deltage i egen sundhed og dermed opnå så høj grad af handlekompetence, som muligt, for bl.a. at kunne forholde sig til den offentlige sundhedskontrol. Hvordan sundhed og sygdom defineres, og hvordan forholdet mellem sundhed og sygdom opfattes, har afgørende betydning, når sundhedsprofessionelle skal forholde sig til egen rolle i det forebyggende arbejde. Gennem det sidste tiår har Jensen fremført en distinktion mellem to forskellige paradigmer inden for det sundhedsformidlende arbejde (Jensen, 1997, 2004); dels en tilgang, der vægter deltagerens egen involvering i udvikling af visioner og handling inden for det sundhedsmæssige område. Dels en tilgang, der er præget af en ekspertdomineret og "top-down" tilgang. I den dominerende sundhedspædagogiske debat sidestilles disse to paradigmer ofte med sundhedsfremme over for forebyggelse, idet sundhedsfremme fremstilles som deltagerinvolvering og "bottom-

up" overfor forebyggelse og behandling, der sættes lig med ekspertstyring og "top-down". Der må stilles spørgsmål ved denne modstilling, idet der inden for behandling og forebyggelse også er behov for etablering af involverende processer, der bidrager til at opbygge elevernes motivation og ejerskab, ligesom der indenfor sundhedsfremme er brug for sundhedsfaglig ekspertviden.

Ambivalenser, dilemmaer og konflikter hører til hverdagsoplevelser for professionelle, der arbejder med børn og unge. Sundhedsplejersker oplever sammenstød med lærere, skolelæger, skoletandplejen og forældre i deres skolearbejde, og det har været projekternes ambition at afdække, om disse "møder" kan beskrives som værdikonflikter. Når man iagttager dilemmaer og problemer i det daglige arbejde som sammenstød mellem forskellige værdier – altså ser dem med "værdibriller" på – åbnes nye muligheder for at reflektere over og tackle de komplekse udfordringer, skolen står overfor. Når sundhed eksempelvis betragtes som en værdi, bliver det nødvendigt at foretage en værdiafklaring for at kunne forholde sig til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Når et sundhedsmæssigt dilemma, som for eksempel at hygge sig i forhold til at motionere, betragtes som en værdikonflikt, bliver det nødvendigt at afklare målet med sundhedsfremme: Hvad er målet? Hvordan er det et mål? Hvem definerer målet? For hvem er det et mål? Er der værdier på spil på henholdsvis kort og lang sigt? Da et mål altid er udtryk for en værdi – eller en afvejning af forskellige værdier – kan det ikke vurderes, om målet er nået, før denne afvejning er afklaret. Med andre ord: uden værdiafklaring har pædagogikken intet målbart beslutningsgrundlag.

Når sundhed og andre værdier ikke simpelt kan overføres, betyder det, at der ikke kan regnes med en automatisk transfer fra professionel (lærer, sundhedsplejerske, pædagog, psykolog) til den enkelte elev i skolen; derimod må værdier aktivt vælges, skabes eller tilegnes af børnene. Endelig kan der argumenteres for, at skolens medarbejdere bør udvikle, beslutte og synliggøre det sundhedsprofessionelle værdigrund-

lag, man arbejder på. Vejen frem mod etablering af et sådant fælles besluttet værdigrundlag kan handle om at præcisere, eksemplificere og konkretisere begreber om sundhed, deltagelse, handling og handlekompetence for at nævne nogle af de centrale elementer.

Et sådant værdigrundlag må beskrives og virkeliggøres under hensyn til den omverden, skolen opererer i, og den omfatter bl.a. kommunens værdigrundlag, "Fælles mål" (med fokus på personlig udvikling), Statens sundhedspolitik; Lov om Forebyggende Sundhedsordninger; Sundhedsstyrelsens retningslinjer, Regeringens nye forebyggelsesprogram m.m. Hertil kommer børn og unges egne værdier og opfattelser af bl.a. sundhed, forventninger fra forældre, den øvrige familie og det sociale netværk omkring børnene. Ikke dermed sagt, at skolen blot ukritisk skal overtage værdierne fra alle disse forskellige aktører, der er i spil (hvilket også vil være en umulig opgave, da der ofte her vil være tale om sammenstød mellem forskellige værdier). Imidlertid er det vigtigt, at skolen forholder sig til og reflekterer over de værdier, der er i spil i den komplekse omverden. Et udgangspunkt for at gøre dette er at synliggøre sit eget værdigrundlag.

VÆRDIKONFLIKTER, FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME

Under workshopaktiviteter i de konkrete udviklingsprojekter på de københavnske skoler og i Grønland har deltagerne arbejdet med at beskrive eksempler fra skolen, hvor der er tale om værdikonflikter.

Værdikompleksiteten i de forskellige sundhedspædagogiske praksisser er høj – både på indersiden (egne og professionelle værdier) og på ydersiden (omverdenens værdier og forventninger). Derfor oplever projektdeltagerne modsætningsfyldte og konfliktende værdier knyttet til deres professionelle roller, som f.eks.:

1. At have faglig identitet som 'sundhedsekspert' vs. at arbejde med deltagelse og sundhedsfremme.
2. At knytte an til styringsbestræbelser og politiske guidelines om hensigtsmæssig sundhedsadfærd og livsstil vs. målgruppernes deltagelse i beslutningstagning.

3. At have uddannelsesmæssig baggrund inden for biomedicin vs. at arbejde med et bredt og værdiafklaret begreb om sundhed.
4. At være en del af et behandlingssystem vs. et ideologisk arbejde med målgruppens udvikling af kritisk bevidsthed i forhold til sundhedsmæssige udfordringer.
5. At arbejde ud fra nationale strategier for folkesundhed vs. pædagogiske mål om udvikling af handlekompetence
6. At arbejde individorienteret vs. målgruppeorienteret.

Værdikonflikterne handler om de sundhedsprofessionelles muligheder – eller mangel på samme – for at få en ordentlig dialog i gang med deres målgrupper, hvis de samtidig skal tage biomedicinsk viden og de nationale mål for folkesundheden alvorligt. F.eks. beskriver de sundhedsprofessionelle situationer med frustration og afmagt i forhold til at "nå ind" til børn og unge i skolen, og dette problem bliver særligt stor, hvis de samtidig skal screene elevernes højde, vægt, syn og hørelse eller på moraliserende vis sørge for, at eleverne beslutter sig for at ændre en bestemt adfærd. En anden type værdikonflikter i skolen handler i højere grad om elevernes tillid og om hvilket parti, sundhedsplejersken skal tage i de dilemmaer, som eleverne præsenterer gennem sundhedssamtaler. Her bliver det tydeligt, at sundhedsplejerskerne selv kommer til at sætte nogle værdier på spil i kommunikationen med eleverne, men det handler i første omgang ikke om værdikonflikter direkte i relation til målgrupperne – snarere om disses konflikter med deres omverden, som for elevernes vedkommende inkluderer forældre, lærere eller kammerater. Disse konflikter – afhængig af den professionelle stilling i de konkrete spørgsmål – kan senere udvikle sig til en konflikt *med* børnene, hvilket falder uden for idealet om en 'ægte dialog'. Et eksempel er en sundhedsplejerske, der gennem en sundhedssamtale lægger op til, at en pige selv prioriterer sine problemområder i forhold til, hvad hun helst vil gøre noget ved. Pigen fortæller om to væsentlige problemer i sit liv: dels har

hun en række konflikter med sine forældre og føler ikke hun kan tale med dem, hvilket betyder, at hun ofte isolerer sig med sin hund i et haveskur. Hun føler sig ensom og virker modløs. Dels mener hun, at hun drikker for meget sodavand. Pigen vælger at gøre noget ved sodavandsproblemet, og sundhedsplejersken oplever, at hun er fanget i et dilemma mellem at acceptere pigens valg og forsøge at få hende til at løse det problem, som er vigtigst: problemet med kontakten til forældrene.

Selv om det for sundhedsplejerskerne er vigtigt at inddrage professionelle værdirefleksioner i forhold til arbejdet med eleverne, fremhæver de også, at det er vigtigt at knytte arbejdet til elevernes egne værdier, såfremt det er muligt at få disse værdier frem "i lyset". Der tegner sig en vigtig opgave i at udvikle metoder og strategier, der formår at afdække børns egne værdier som udgangspunkt for en ægte dialog og kan bruges af professionelle til at håndtere forskellige typer af værdikonflikter, der opstår i arbejdet med børn og unge. Det vanskeligste er at omsætte børn og unges værdier og opfattelser af sundhed til konkrete sundhedsfremmende aktiviteter. Ofte falder enten skolen eller sundhedsplejerskerne tilbage i traditionelle, individorienterede, adfærdsmodificerende aktiviteter. F.eks. havde en gruppe elever i syvende klasse sammen med lærerne og sundhedsplejersken diskuteret deres opfattelser af og visioner om sundhed, og de havde sammen formuleret et sundhedsbegreb, der inkluderede ikke-racisme og en øget lighed i sundhed. Men da det kom til den konkrete udmøntning af sundhedsfremmende aktiviteter, blev deres visioner og idéer om sundhed omsat til en 'sundhedsbod', hvor man kunne købe den rigtige (sunde) mad, samt nogle aktivitetstilbud, der skulle styrke konditallet! Alt om racisme og ulighed forsvandt til fordel for en traditionelt individ- og risikoorienteret opfattelse af sundhed.

DELTAGELSE SOM SUNDHEDSPÆDAGOGISK VÆRDI

I moderne pædagogik er der efterhånden fælles erkendelse af, at læring og udvikling kun er mulig gennem *deltagelse*, fordi

viden, værdier og kompetencer ikke simpelt kan overføres fra ét menneske til et andet – eller fra én social kontekst til en anden. Selvom deltagelse er blevet et modeord inden for skolen og i højeste grad inden for sundhedsarbejdet, og mange professionelle inden for sundhedsområdet hævder at arbejde deltagerorienteret, er der dog langt fra enighed om, hvad selve begrebet dækker over. Sundhedspædagogisk knytter begrebet deltagelse sig til begreberne ejerskab og handlekompetence (Jensen, 2004), men ofte bruges begrebet (eller tilsvarende begreber som involvering, indflydelse, inddragelse, medbestemmelse m.m.) så diffust og generelt, at det snarere spreder forvirring end klarhed. Derfor søger det ovenfor beskrevne pædagogiske udviklingsprojekt at afdække, hvordan deltagelse som begreb opfattes og anvendes af sundhedsprofessionelle.

Udviklingsprojekterne har tegnet et broget billede af de betydninger og forventninger, der knyttes til deltagelse, men alligevel mener de involverede sundhedsprofessionelle, at deltagelse er uhyre vigtigt. De følgende eksempler er beskrevet i den første bog, der er udgivet fra Københavnerprojektet: "*Værdier på spil – mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skole-sundhedsplejen*" (Wistoft et al., 2005). Her ses deltagelse generelt tæt forbundet med dialog, ejerskab og motivation, og i diskussionerne fremhæver især sundhedsplejerskerne, at hvis der *mangler* deltagelse fra de implicerede, hvad enten det er elever, familier eller lærere, så opereres der med en mekanistisk topstyret formidling, og der sker derfor ingen sundhedsfremmende forandring. Kun få forholder sig eksplicit til deres egen deltagelse sammen med børnene, og taler om "min deltagelse", mens flere på et mere generelt plan fremhæver, at det at arbejde deltagerorienteret kræver, at sundhedsplejersken involverer sig, og at dialog jo kræver aktivitet af begge parter. Enkelte mener dog, at man kun kan gøre noget ved sin egen deltagelse, fordi man ikke kan styre børnenes. Derfor er den eneste vej til deltagerorientering gennem én selv.

Der er forskellige måder at arbejde med deltagelse på. På trods af, at deltagelse

generelt vurderes som en værdi, et nøglebegreb i skolearbejdet, afspejler de afholdte workshops dermed også en række forskellige fortolkninger og udlægninger af begrebet. Nogle gange bliver deltagelse brugt som middel i forhold til et mål om at holdnings- eller adfærdsændre børnene. Andre gange – og for de flestes vedkommende – bliver deltagelse brugt som et middel til at åbne dialoger om børnenes værdier og syn på verden og dem selv. Nogle anvender deltagelsesbegrebet som lig med tilstedeværelse. Også det at yde omsorg betragtes af sundhedsplejerskerne som en form for deltagelse, hvor børnene skal være parate og modtagelige, og hvor sundhedsplejersken er den aktive og udøvende. I en række udtalelser vurderes omsorg som en lidt ”mindre” form for deltagelse end fx dialog, men dog som mere end blot at være til stede. En del sundhedsplejersker knytter i højere grad deltagelse an til psykologisk orienteret *intervention* i forhold til børnenes aktuelle eller potentielle problemer. Når de knytter an til *intervention*, er målet, at sundhedsplejersken lærer barnet at kende ud fra det formål, at hun kan støtte barnet i at lære *sig selv* og sin egen krop at kende. Dette mål om selvindsigt bygger på en idé om, at man kan lære barnet at se ind i sig selv, og der er ikke synlige pædagogiske refleksioner over læring, undervisning og opdragelse. Formålet er derfor ikke pædagogisk, men snarere psykologisk forankret og bygger på en værdiantagelse om, at selvindsigt er det, der skal til, for at man kan arbejde med sig selv – i en sundhedsfremmende retning. Med den psykologiske tilgang til barnet ser sundhedsplejerskerne muligheder for positiv kommunikation til forskel fra en formynderisk, advarende og moraliserende kommunikation.

I tråd med, at sundhedsplejerskerne har forskellige opfattelser af, hvad deltagelse er, er der flere, der efterlyser en pædagogisk metode til at arbejde med børnenes *motivation* i forhold til sundhedsfremmende og forebyggende tiltag. Hvis sundhedsplejersken har et budskab, hun ønsker at ”levere” til børnene, eller noget hun på forhånd har besluttet at hun vil arbejde med, så bruger hun deltagelse som *middel* til at

skabe lydhørhed for sit budskab, hvilket dette citat illustrerer: *”Deltagelse er meget vigtig, ellers ”rykker” det jo ikke. Det gælder i alle forhold. Man skal have en oplevelse af at være en del af projektet, ellers når budskabet ikke frem. Deltagelse er vel egentligt det, man kaldte motivation før.”*

Langt de fleste sundhedsplejersker opfatter imidlertid deltagelse knyttet til en pædagogisk aktivitet bygget op om en ægte dialog. En række sundhedsplejersker ser endvidere denne dialog som et led i en gensidig læreproces, og to af dem udtaler:

”Jeg får nogle gange fornemmelsen af, at hvis jeg kan være opdagelsesrejsende sammen med børnene, så har det været en god samtale”

”Hvis vi udvikler os sammen undervejs og sammen finder en løsningsmodel, er målet om deltagelse nået.”

Dialog er et centralt element i deltagelsesbegrebet. Det pointeres af sundhedsplejerskerne, at man inden for denne form skal være indstillet på at møde eleverne indholdsmæssigt ”uforbereget”, fx uden dagsorden til sundhedssamtalen. De skal give slip på deres ambitioner om at kunne kontrollere processen, og de skal være udstyret med tålmodighed, hvilket er to vanskelige ting. En sundhedsplejerske betragter det at arbejde dialogisk deltagerorienteret som et spørgsmål om ikke at kontrollere og manipulere med børn og familier. Hun siger:

”Det handler jo dybest set om at tage udgangspunkt i det enkelte barns og families liv. Deres ønsker, resurser og potentialer. Om respekt og solidaritet, og at det enkelte menneske er ekspert på sit eget liv. Men man kan ikke være deltager, hvis mål og præmisser ikke er klare. Altså, hvis f.eks. sundhedsplejersken har en skjult dagsorden. Deltagelse rummer åbenhed, respekt, tillid, indlevelse og stiller store krav om ikke at manipulere”.

At arbejde deltagerorienteret på denne måde, sætter sundhedsplejerskerne i situationer, hvor de bliver nødt til at holde sig åbne overfor nye og uforudsete emner, ønsker og problemer. Spørgsmålet er, om

deltagelse set som værdi giver anledning til bestemte typer af værdikonflikter i dit daglige sundhedsarbejde i skolen? Mange sundhedsplejersker fokuserer på tid og andre rammefaktorer som begrænsende for deres muligheder for at arbejde deltagerorienteret. De siger, at de ønsker, at de kunne arbejde mere med elevernes deltagelse i skolesundhedsplejen, men føler sig begrænset af ydre krav om produktivitet og resultatmåling. De peger på de ydre forventninger om, at de skal nå at tjekke mange børn og dokumentere alle disse tjek kvantitativt. De fremhæver, at deres arbejde er determineret af funktionsundersøgelserne, og at funktionsundersøgelserne ses som en grundlæggende værdi i forvaltningen (Wistoft et al., 2005). Dette rejser et dilemma i forhold til børn og unges deltagelse i sundhedsarbejdet. Sundhedsplejerskerne føler sig pressede i tid og i kernefunktioner, og dette pres får negativ indvirkning på deres ambition om at arbejde deltagerorienteret. Det får den konsekvens, at arbejdet mister meningen, når deltagelse ikke lader sig gøre på grund af ydre forhold. Det får bl.a. den konsekvens, at samtalerne med børnene risikerer at blive til pseudodialoger.

FEM DELTAGELSESEMANTIKKER

Deltagelse beskrives på meget forskellige måder, der spænder lige fra deltagelse som en *aktiv proces*, hvor børnene selv vælger at involvere sig, til deltagelse som *inddragelse* på baggrund af noget, man er inviteret eller pålagt til at deltage i. Inddragelse opfattes her som det, at målgrupper inddrages i noget, der på forhånd er fastlagt, hvilket i forhold til sundhedsformidling betyder, at det er de professionelle viden om eller forståelse af sundhed, der i vid udstrækning afgør mål, indhold og succeskriterier for den enkelte oplysningsindsats. I modsætning hertil står en pædagogisk opfattelse af deltagelse som *involvering*, hvilket betyder, at målgrupper i dialog med professionelle involveres i beslutninger om indhold, mål og proces på baggrund af egne forudsætninger/værdier.

De forskellige opfattelser og beretninger om deltagelse kan anskueliggøres som et kontinuum, hvor de to yderpunkter udgør

res af henholdsvis "blot tilstedeværelse" og "dialogisk interaktion". Inden for dette kontinuum kan der udledes fem overordnede deltagelsesformer. På niveau 1 og 2 inddrages barnet ikke som aktivt deltagende, på niveau 3 og 4 har sundhedsplejerskerne en forventning om, at barnet deltager, så sundhedsplejersken kan "komme af med viden" eller kan lære barnet at kende – opnå barnets tillid – og på niveau 5 ses barnet som en selvstændig aktiv med- og modspiller:

1. Deltagelse som **blot tilstedeværelse** – sundhedsplejersken forventer, at barnet er *fysisk* tilstede. Eksempel: barnet bliver målt og vejlet.
2. Deltagelse som **modtagelse af omsorg** – sundhedsplejersken forventer, at barnet modtager omsorg. Eksempel: et mobbet barn trøstes og opmuntres.
3. Deltagelse som **middel til intervention** – sundhedsplejersken forventer, at barnet kan "åbnes" og vejledes i psykologisk forstand. Eksempel: sundhedsplejersken forsøger at lære det tykke barn at kende – for at kunne støtte barnet i at lære sig selv at kende – sit forhold til mad og til sin krop.
4. Deltagelse som **middel til motivation** – sundhedsplejersken forventer, at barnet ved at deltage motiveres til at følge hendes råd. Eksempel: barnet opfordres til at spise en bestemt type morgenmad hver dag, eller barnet motiveres til at gå med til en aftale om at smøre og spise madpakke hver dag.
5. Deltagelse som **dialogisk interaktion** – sundhedsplejersken forventer, at barnet indgår i en dialog, hvor de endelige beslutninger ikke er givet på forhånd. Eksempel: sundhedsplejersken og barnet undersøger og diskuterer barnets muligheder for at tabe sig. Dialogen bygger på barnets oplevelser og erfaringer, sundhedsplejerskens faglighed og hendes forventninger om barnets medbestemmelse, læring og forandring.

Nogle sundhedsprofessionelle vil kunne bekende sig til én specifik af de fem ovenstående former; men dette er dog ikke det typiske billede i det pædagogiske udvik-

lingsprojekt. De fem deltagelsesformer afspejler snarere, at gruppen af sundhedsplejersker tænker nogle former som vigtige i nogle situationer og andre som vigtige i andre situationer. Det kan fx være afgørende, at ydre rammer – som fx tidspres, der blev beskrevet ovenfor – kan bevirke, at bestemte deltagelsesformer bevidst fravælges og andre bringes i anvendelse. I skolearbejdet bliver det vigtigt at afgrænse disse former og deres potentialer i relation til de forskellige typer af opgaver.

OMSORG SOM KÆRNEVÆRDI

Gennem sundhedsplejerskernes diskussioner om omsorg til børn og unge i skolen viser der sig en kommunikation, der minder om en kærlighedskommunikation (Andersen & Born, 2002). Sundhedsplejerskerne diskuterer deres oplevelser af elevernes oplevelse. Eleverne oplever og sundhedsplejerskerne er interesserede i oplevelserne. Kriteriet for at kommunikationen lykkes er, at barnet kommunikerer (meddelelse) sin oplevelse (information) og sundhedsplejersken oplever barnets oplevelse (forståelse), hvormed hun kommunikerer (meddelelse) sin forståelse (information), og barnet kommunikerer sin (nye) oplevelse af, om nu sundhedsplejersken er ”oprigtigt interesseret”. Når sundhedsplejerskerne beskriver omsorg i skolearbejdet er de tilsyneladende i gang med at opspore og intervenere. Omsorg sker på barnets præmisser, og pædagogisk set svarer omsorgsopfattelsen til en reformpædagogisk forestilling om, at barnet kun kan tage ved lære af det, det mærker – ikke af andet.

Denne specielle omsorgskommunikation forudsætter ifølge sundhedsplejerskerne selv at medtænke ”hele barnets liv”. Det handler ikke bare om initiativer fra sundhedsplejerskens side, men også om at opleve børnenes oplevelser ved at gøre sig selv til en signifikant omverden. Omsorg kræver deltagelse, og deltagelse kræver tilstedeværelse og følsomhed. Det handler om at give børnene mulighed for at fortælle om oplevelser, de har haft, eller bekymringer de har. En sundhedsplejerske siger: *”Sundhedsplejersken har bl.a. som opgave at være opsporende i forhold til børn der kan have det svært. Det er i*

første omgang en opgave, hvor man skal være i stand til at ”møde” barnet og rumme barnet. ”Jeg stiller mig åbent, jeg lytter og er oprigtigt interesseret i dig – og jeg kan tåle at høre det du har at sige”. Det kan siges at være en ubetinget ”jeg stiller mig til rådighed”. I betydningen: ”Jeg skal ikke have noget igen”. Man kan måske tale om en særlig indfaldsvinkel til barnet (eller forælderen). Hos sundhedsplejersken skal man tillige ikke på forhånd præstere noget, og der er ikke ”rigtigt og forkert”. Det drejer sig om en særlig indfaldsvinkel”.

Det handler om at give barnet plads, gøre sig barnet betydningsfuldt for at kunne gøre sig betydningsfuld for barnet. Der er således tale om en stærk selvrepræsentation gennem omsorgen.

Sundhedsplejersken forsøger hele tiden at sætte sig i barnets sted, og hun udvikler tilmed et reservoir af sprog, som gør det muligt at kommunikere omsorgsfuldt om omsorgskommunikationen.

Omsorg betragtes generelt som en ”kerneverdi”, dvs. det er entydigt værdifuldt at drage omsorg for: *”Omsorg er for omsorgen selv – ikke for andet”*. Denne omsorg er tilsyneladende en form for moderlig kærlighed, der kan kobles til generelle livserfaringer og – måske – er bundet til kvindetraditioner/normer eller kvindesocialisering. Der er al mulig grund til at være kritisk overfor omsorg som ’stille sig til rådighed’ og den brede omsorg, der gør hvad som helst til faglig omsorg. Pointen er, at moderomsorg ikke er et professionelt anliggende, og at omsorg ikke er kærlighed – hvis omsorg bliver til kærlighed, falder den professionelle omsorg sammen.

SAMMENFATNING

Principper eller idéer om deltagelse og omsorg rummer mange potentielle værdikonflikter. En betingelse for at kunne agere og samarbejde professionelt om elevernes sundhed i skolen er at blive kvalificeret til at afdække og synliggøre deltagelse som en værdi med tilhørende mulige konflikter, der knytter sig til sundhedsarbejdet. Det opleves som en konflikt, når man på den ene side arbejder på et grundlag,

hvor børnene skal respekteres og involveres i diskussionen af, hvad et godt liv er, mens man på den anden side er del af en tradition, hvor sund levevis opfattes entydigt og uden for diskussion. Såvel på skoleområdet som i sundhedsvæsenet må der udvikles og produceres systematiseret viden om disse problemstillinger, hvilket først og fremmest kræver at nogen aktivt deltager i noget, der foregår. Sundhed handler om skoleelevernes *vurderinger* af de handlinger, der gøres sammen med andre, hvilket viser vej til at udvikle politisk dannelse, som her skal forstås som, at man aktivt deltager i sundhedsfremmende processer, hvor man tager medbestemmelse og vurderer værdier og værdikonflikter i forhold til et sundere liv og miljø.

Pointen er, at omsorg ikke må stå i vejen for skoleelevers deltagelse i sundheds-pædagogiske processer, der er en afgørende forudsætning for, at de udvikler ejerskab til det tema eller den problemstilling, de arbejder med. Og videre, at dette ejerskab er en forudsætning for udvikling af deres handlekompetence og dermed for, om aktiviteterne sætter sig spor i deres praksis, handling og adfærd. Eller sagt på en anden måde: Uden deltagelse, kun ringe forventet effekt af den sundhedspædagogiske indsats! Dertil må regnes de professionelle deltagelse i sundhedsarbejdet forstået som deres aktive involvering og kritiske blik på de værdier, der er på spil. Man kan ikke arbejde bevidst med værdikonflikter uden på den ene side at have blik for værdier (erkendelse) og på den anden side kommunikere om værdiernes betydning.

Ideen om at have en sammenhængende professionel identitet baseret på stabile værdier er svær at etablere. Det er min fortolkning, at dette er en af hovedforklaringerne på, at de sundhedsprofessionelle må kunne reflektere værdikompleksitet. Løsningen er ikke at søge at etablere et fast og stabilt værdigrundlag i sundheds-pædagogisk praksis. I stedet tror jeg på, at det der skal til er, at de sundhedsprofessionelle lærer at reflektere over diversiteten i værdier inden for sundhedsfeltet. Og med dette opbygger kompetence i at arbejde med personlige og professionelle værdikon-

flikter. Dette er ikke kun relevant i forhold til de forskellige opgaver og funktioner inden for sundhedsfremme og forebyggelse, men det er ligeledes relevant inden for udvikling af medborgerskab og demokratisk kompetence.

Referencer:

- Andersen, N. Å., & Born, A. (2002). *Kærlighed og omstilling. Italesættelsen af den offentligt ansatte* (Vol. 4). København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health education research – theory & practice. Health Education Research*, 12(4), 419-428.
- Jensen, B. B. (1998). Handling, sundhed og undervisning – erfaringer fra den sundhedsfremmende skole. *Forskningstidsskrift fra Danmarks Lærerhøjskole*(2), 61-80.
- Jensen, B. B. (2004). *Pædagogik, sundhedsfremme og forebyggelse* (No. 0-303-01-42/2/DRO). København: Sundhedsstyrelsen.
- McDonald, C. (2005). Lyst kommer først. *Søndagspolitikken*.
- Moe, S. (2003). *Systemisk-konstruktivistisk pædagogik – et læredigt*. Århus: KLIM.
- Sundhedsministeriet. (2002). *Sund hele livet – de nationale strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Sundhedsministeriet.
- Sundhedsstyrelsen. (2003). *Krop skal der til: Et undervisningstilbud til 3. og 4. klasse om mad og bevægelse*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen. (2005). *11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2003*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Svendsen, Å. N., & Hansen, M. B. (2005). *Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse*. København: DSI – Institut for sygehusvæsen.
- Wistoft, K. (2005a). Sund som et scoresmil. In D. s. U. Asterisk (Ed.), *Asterisk* (pp. 24-26). København: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Wistoft, K. (2005b). Sundhedsopfattelser, værdier og ambivalenser i Grønland. *Social Kritik*, 97(17), 47-59.
- Wistoft, K., Jensen, B. B., & Roesen, J. V. (2005). *Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedsplejen*. Copenhagen: Danish University of Education Press.
- Wistoft, K., & Nordtorp, U. (2004). Sundhedsplejens inderside og yderside – en professionsanalyse. In L. Moos, J. Krejsler & P. F. Laursen (Eds.), *Relationsprofessioner – lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemledere* (pp. 177-212). København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Karen Wistoft, MEd, projektleder, ph.d.-studerende ved Forskningsprogram for Miljø- og sundhedspædagogik Danmarks Pædagogiske Universitet Institut for Curriculumforskning.