

# Skolesundhedsplejens værdigrundlag

Børne – og Ungdomsforvaltningen, Københavns Kommune,  
November 2007

## Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Skolesundhedsplejens værdigrundlag .....   | 1  |
| Børne – og Ungdomsforvaltningen, Københavns Kommune,.....  | 1  |
| November 2007 .....  | 1  |
| 1. Indledning: .....   | 5  |
| • Sundhed: <i>Sundhedsplejersken arbejder med det positive og brede sundhedsbegreb.</i> .....  | 5  |
| • Omsorg: <i>Sundhedsplejersken yder professionel omsorg både som et middel og som et mål i sig selv.</i> 5                            |    |
| • Tværfaglighed: <i>Sundhedsplejersken samarbejder med andre faggrupper om børns og unges trivsel for at opnå synergieffekt.</i> ..... | 5  |
| 2. Fem kernefeltter .....  | 6  |
| 2.1. Sundhed.....  | 6  |
| <b><i>Skolesundhedsplejersken arbejder med det positive og brede sundhedsbegreb.</i></b> .....   | 6  |
| <b>2.1.1. Definition</b> .....   | 6  |
| I det følgende defineres det positive og brede sundhedsbegreb.....   | 6  |
| <i>Figur: Fire forskellige sundhedsbegreber</i> .....  | 7  |
| <b>2.1.2. Begrundelse</b> .....  | 7  |
| <b>Case 1: Sundhedssamtalen: En dialog om sundhed</b> .....  | 8  |
| <b>Case 2: Det brede og positive sundhedsbegreb foldet ud i dialog med børnene</b> .....   | 8  |
| <b>Case 3: Det brede og positive sundhedsbegreb i forhold til mad og måltider</b> .....  | 8  |
| 2.2. Deltagelse.....   | 9  |
| <b>2.2.1. Definition</b> .....   | 9  |
| <b>2.2.2. Begrundelse</b> .....  | 9  |
| <b>Case 1: Et værksted om sundhed for de små skolebørn</b> .....   | 10 |
| <b>Case 2: Sundhedssamtalen i ottende klasse</b> .....   | 10 |
| <b>Case 3: 'Den åbne dør'</b> .....  | 10 |
| 2.3. Handlekompetence .....  | 11 |
| <b>2.3.1. Definition</b> .....   | 11 |
| <b>2.3.2. Begrundelse</b> .....  | 11 |
| <b>Case 1: Handlerum for forandring</b> .....  | 12 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Case 2: Dokumentation af handlekompetence .....</b>   | <b>13</b> |
| <b>Case 3: Handlinger der tager udgangspunkt i børns behov .....</b>   | <b>13</b> |
| 2.4. Omsorg.....   | 13        |
| <i>Sundhedsplejersken yder professionel omsorg både som et middel og som et mål i sig selv.....</i>  | <i>13</i> |
| <p>I et af projekterne (i en 6. klasse) hvor udvikling af de individuelle sundhedssamtaler og omsorg var i fokus, erfarede sundhedsplejersken stor social ulighed og et generelt dårligt klassemiljø. Dette kom bl.a. til udtryk ved, at det enkelte barn gav udtryk for udelukkelse fra fællesskabet samt mobning og voldsom uro i klassen. Dette mønster havde udviklet sig til en manglende gensidig respekt mellem børn, lærere og vikarer. Det gav ikke mening at løse disse problemer i de individuelle samtaler. I samarbejde med børnene, lærerne og vikarerne blev det muligt for sundhedsplejersken at involvere alle i at sætte ord på de problemer, som fyldte i klassen. Børnene var især begejstrede over, at lærerne og vikarerne skulle være med på lige fod med dem. Børnenes egne værdier kom frem, således at de kunne lægge strategier for, hvordan de kunne få en bedre stemning i klassen. De satte ord på det, de satte pris på ved en god klasse. Herefter lavede de problemidentifikation og slutteligt et løsningskatalog med forslag til ændret adfærd og ideer for både elever, lærere, vikarer og skole. ....</p> |           |
|  | 15        |
| (Jensen <i>et al.</i> , 2006, s.13 – 32).....  | 15        |
| <b>Case 2: Omsorgs betydning for at skabe gode muligheder for sundhedsfremmende aktiviteter .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>Case 3: Omsorg for de svageste .....</b>  | <b>15</b> |
| 2.5. Tværfaglighed .....   | 16        |
| <i>Sundhedsplejersken samarbejder med andre faggrupper om børns og unges trivsel for at opnå synergieffekt. ....</i>   | <i>16</i> |
| <b>2.5.1. Definition.....</b>  | <b>16</b> |
| <b>2.5.2. Begrundelse.....</b>   | <b>16</b> |
| <b>Case 2: Traditionelle forestillinger om sundhed i spil.....</b>   | <b>17</b> |
| <b>Case 3: Det tværfaglige samarbejde som forudsætning for gennemslagskraft af det sundhedsfremmende arbejde på skolen.....</b>  | <b>18</b> |

## Forord

Nærværende Værdigrundlag for Skolesundhedsplejen er et af de væsentligste resultater fra et udviklingsarbejde i Københavns Kommunes skolesundhedspleje.

I 2004 igangsatte den tidligere Familie- og Arbejdsmarkedsforvaltning i samarbejde med Danmarks Pædagogiske Universitet et projekt om udvikling af kommunens skolesundhedspleje som en del af et samlet udviklingsarbejde i kommunens sundhedspleje (Wistoft & Jensen, 2004). Baggrunden for dette udviklingsarbejde skal findes i flere forhold.

Familiedannelsen og børns og unges opvækst har andre vilkår i dag end for de snart 15 år siden, da Københavns Kommunes sundhedspleje fik sin sidste større fornyelse, og det er i dag i højere grad følger af velfærdsudviklingen, der påvirker børn og unges trivsel og sundhed i både negativ og positiv retning end tidligere tiders ressourcemæssige knaphed og epidemiske sygdomme. Som illustrativt eksempel kan nævnes børns og unges stigende problemer med overvægt og diabetes 2. Denne udvikling stiller ændrede krav til arten og kvaliteten af kommunens tilbud om sundhedspleje. Samtidig peger ny forskning på, at sundhedspædagogisk indsats først opnår effekt, hvis børn og unge involveres for at udvikle ejerskab (Borup 1999). Endelig har der været et længe udtrykt ønske fra kommunens sundhedsplejersker om at blive bedre rustet til at arbejde med børnenes aktive medvirken i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde på skolerne.

Værdigrundlaget sigter mod at støtte og udfordre det videre arbejde i Børne – og Ungdomsforvaltningen og forvaltningens skolesundhedspleje, der har som mål at gøre skolebørnene til aktive medspillere for at fremme deres egen og andres sundhed.

Udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen har involveret alle kommunens sundhedsplejersker, og værdigrundlaget står derfor stærkt som et grundlag, der er udviklet i fællesskab (Bjarne Bruun Jensen *et al.*, 2006; Wistoft *et al.*, 2005).

Værdigrundlaget er først og fremmest tænkt som grundlag for skolesundhedsplejens praksis. Det skal ses i sammenhæng med, at det er resultatet af et udviklingsarbejde i skolesundhedsplejen. Når et tilsvarende udviklingsarbejde med kommunens tilbud om sundhedspleje til spæd - og småbørn er gennemført, vil værdigrundlaget for Skolesundhedsplejen kunne revideres med henblik på at udgøre et Værdigrundlag for Københavns Kommunes Sundhedspleje som helhed.

# 1. Indledning:

Som nævnt i forordet er nærværende dokument det værdimæssige grundlag for skolesundhedsplejens praksis.

*Værdigrundlaget* skal forstås som de bærende ideer og principper skolesundhedsplejen bygger sin praksis på

Værdigrundlaget understøtter intentionerne i Forebyggende Sundhedsydelse til Børn og Unge (Sundhedsstyrelsen, 2007) om, at sundhedsplejen med sin indsats skal bidrage til at børn og unge bliver i stand til at tage vare på egen sundhed; Københavns Kommunes Værdigrundlag (Borgerrepræsentationen 1998), hvor kommunens medarbejdere skal møde brugeren med respekt, ligeværdighed, dialog og tillid og Sundhedsplejens Praksis (Københavns Kommune 2005), der beskriver Københavns Kommunes formål og mål med tilbud om sundhedspleje.

Værdigrundlaget beskrives ud fra fem forskellige kernefeltter. Det vil af teksten fremgå, at de fem feltter lapper over hinanden og er indbyrdes sammenhængende. De fem kernefeltter er:

- *Sundhed: Sundhedsplejersken arbejder med det positive og brede sundhedsbegreb.*
- *Deltagelse: Sundhedsplejersken arbejder med børns og unges deltagelse for at sikre deres ejerskab i forhold til sundhed.*
- *Handlekompetence: Sundhedsplejersken arbejder med udvikling af børns og unges handlekompetence.*
- *Omsorg: Sundhedsplejersken yder professionel omsorg både som et middel og som et mål i sig selv.*
- *Tværfaglighed: Sundhedsplejersken samarbejder med andre faggrupper om børns og unges trivsel for at opnå synergieffekt.*

Sundhedsplejen i Københavns Kommune har en ambition om, at nærværende værdigrundlag som helhed kan bidrage til en praksis, der understøtter børns og unges lige adgang til sundhed. Selvom lighed i sundhed kan betragtes som en væsentlig værdi i sig selv, er der her valgt at beskrive de fem kernefeltter som værdier, der tilsammen kan bidrage til målet om lighed i sundhed.

Værdigrundlaget tager højde for, at København er en kulturelt varieret og mangfoldig sammensat kommune med store forskelle i levevilkår. Der er derfor lagt vægt på at beskrive værdigrundlaget så rummeligt, at der gives plads til at fortolke og integrere grundlaget ud fra den lokale kontekst.

Det er grundlæggende for sundhedsplejen at have en tilgang til børn og unge på baggrund af et helhedssyn, som betyder at den enkelte sundhedsplejerske i sin praksis har en opmærksomhed om, at det enkelte barn og den unge har en familie og et lokalt miljø, som de er en del af, og som har indflydelse på barnets og den unges muligheder for udfoldelse og trivsel (Wistoft & Nordtorp, 2004). Selvom det i den følgende tekst ikke konsekvent nævnes i forbindelse med omtale af barnet og den unge, betragtes forældrene i denne sammenhæng som de vigtigste samarbejdspartnere omkring barnet.

Som et politisk godkendt dokument vil væsentlige ændringer af værdigrundlaget kun kunne ske ved en ny politisk behandling i Børne – og Ungdomsudvalget. Værdigrundlaget må dog opfattes som et

nuanceret og levende redskab, som altid skal kunne sættes til diskussion med henblik på frugtbar fornyelse og forandring.

## 2. Fem kernefeltet

For at øge læsevenligheden beskrives hvert af de fem kernefeltet efter samme struktur. Først følger en sammentrækning af det vigtigste indhold formuleret i en punchline. Derefter beskrives kort en definition af feltet. Dette munder ud i en uddybende begrundelse for, hvorfor det pågældende kernefelt er medtaget samt de tilhørende fremtidige udfordringer. Afslutningsvis illustreres kernefeltet med korte cases fra udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen.

### 2.1. Sundhed

*Skolesundhedsplejersken arbejder med det positive og brede sundhedsbegreb.*

#### 2.1.1. Definition

I det følgende defineres det positive og brede sundhedsbegreb.

*Det positive* tager udgangspunkt i WHO's definition på sundhed, hvor det hedder, *Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og social velbefindende og ikke blot fravær af sygdom og svaghed*

- Det positive sundhedsbegreb rummer således både velvære - og helbredsdimensionen.

*Det brede* handler om, hvilke faktorer der påvirker sundheden.

- Et bredt sundhedsbegreb tager udgangspunkt i både livsstil og levevilkår.
- Et bredt sundhedsbegreb medtænker således rammerne for børnenes og de unges dagligdag og de vilkår, de er underlagt.

I nedenstående firefeltstabel, anskues sundhedsbegrebet ud fra to dimensioner (Jensen, 2000). Den vandrette dimension angår forskellen mellem det positive, og det der benævnes det negative, mens den lodrette dimension drejer sig om det brede overfor det, der betegnes det snævre<sup>1</sup>. De to begrebspaar kan kombineres på fire forskellige måder, og figuren illustrerer derfor fire forskellige sundhedsbegreber. Et positivt og bredt sundhedsbegreb er således et mere omfattende og komplekst end det sundhedsbegreb, der kun er snævert og negativt. Men det er dog vigtigt at pointere, at både sygdomsmæssige og livsstils- og adfærdsmæssige aspekter også indgår i det positive og det brede sundhedsbegreb. Sundhedsplejersken søger i sin praksis at bevæge sig i retning mod det brede og det positive sundhedsbegreb, der er anført som det fjerde felt i figuren. For et tema som mad betyder det eksempelvis, at mad og måltider behandles ud fra både sygdomsmæssige (ernæringsindhold), æstetiske (smag lugt udseende), sociale (hvordan organiseres spisepausen og måltidet), og levevilkårsmæssige (bæredygtighed og produktion) i arbejdet med børnene. Se case 3 nedenfor.

---

<sup>1</sup> Negativt og snævret skal ikke betragtes som noget negativt i gængs forstand, men som den ene ende af et kontinuum i forhold til positivt og bredt i den anden ende. I den positive ende har man også fokus på at tilføre noget, der fremmer sundhed og i den negative ende har man udelukkende fokus på at fjerne de risici, der hindrer sundhed. I den brede ende har man både fokus på livsstil og levevilkårene, i den snævre ende alene fokus på livsstil.

|                                    | Negativt<br>(fravær af sygdom) | Positivt (livskvalitet og<br>fravær af sygdom) |
|------------------------------------|--------------------------------|--|
| Snævert<br>(livstil)               | 1                              | 2  |
| Bredt<br>(livstil og<br>levvilkår) | 3                              | 4  |

*Figur: Fire forskellige sundhedsbegreber*

### 2.1.2. Begrundelse

Det anses som væsentligt, at skolesundhedsplejens arbejde tager udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb, som det er defineret af bl.a. WHO, se ovenfor, og i Undervisningsministeriets faghæfte for Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, hvor der står, at sundhed består af to forskellige dimensioner: en trivsels- og velværeorienteret dimension og en sygdomsrelateret dimension. I sundhedsplejens praksis spænder de opgaver, sundhedsplejersken varetager, fra at afdække risici, der truer det enkelte barns helbred, til sundhedspædagogiske aktiviteter i klassen, og arbejdet med skolen som et understøttende miljø i en sundhedsfremmende retning. Denne bredde i opgaverne forudsætter en tilgang med udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb (Wistoft, 2006b).

Udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen rummer mange eksempler på mindre undersøgelser af både børns, forældres og læreres opfattelser af sundhed, der peger på, at også de relaterer sundhed både til livskvalitet, sygdom, adfærd, livsstil og levevilkår. Også af den grund er det vigtigt for sundhedsplejersken at arbejde med et bredt og positivt sundhedsbegreb. Se nedenfor i case nr. 1.

Det er en gennemgående konklusion i udviklingsarbejdet, at et sundhedsbegreb, der omfatter trivsel og livskvalitet, har gode muligheder for at knytte sig til børnenes egne forestillinger om det gode liv og derved udgøre et godt udgangspunkt for en dialog om sundhed mellem børn og sundhedsplejerske i fx sundhedssamtalen. Til forskel herfra giver et sygdomsorienteret sundhedsbegreb ringe muligheder for at involvere børnene med henblik på udvikling af deres ejerskab til sundhed. Se nedenfor i case nr. 2.

### 2.1.3. Udfordring

Erfaringerne fra udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen peger på, at det kan være en udfordring at fastholde det positive og brede sundhedsbegreb, når arbejdet bliver meget konkret, men også at det kan lade sig gøre. Se nedenfor i case nr. 3.

### **Case 1: Sundhedssamtalen: En dialog om sundhed**

Sundhedsplejersken brugte her øvelser i klasserne samt et nyt skema, som børnene i 6. klasse skulle udfylde, som forberedelse til selve sundhedssamtalen. På baggrund af disse forberedelser fik sundhedsplejersken et godt billede af, hvad børnene tænker om sundhed. Det var fx musik, sund mad, familien, kærlighed, kunst, sove, være glad, ferie, skolen, have noget at brænde for, ingen stress, oplevelser, gode venner og sammenhold. Disse begreber blev herefter fulgt op i samtaler med sundhedsplejersken, hvor der i fællesskab blev lavet handlingsstrategier. Fx planlægges det sammen med en pige, der er bekymret over uro i klassen, at hun skal tale med de andre børn om det, inden problemerne bliver for store – evt. i samarbejde med klasselæreren. Hun havde i øvrigt udfyldt forberedelsesskemaet sammen med sine forældre, og havde i den forbindelse allerede der fået ideer til, hvad hun kunne gøre. (Jensen *et al.*, 2006, s. 13-32)

### **Case 2: Det brede og positive sundhedsbegreb foldet ud i dialog med børnene**

Sundhedsplejersken arbejder med børns sundhedsbegreber i 5. og 6. klasse som optakt til at få dem til at indgå i et børnesundhedsråd. Hun havde på forhånd en fordom om, at børnene ville opfatte sundhed som noget kedeligt. Det viste sig imidlertid ikke at være tilfældet. Børnene nævner fx bedre mad i skolebuden, længere frikvarterer, selvtillid, at gå i skole og uddanne sig, og at lærere og forældre interesserer sig for én – at man kan tale med dem. Flere foreslog, at man kan dyrke motion og gå i foreninger, og i diskussionen med sundhedsplejersken breddes dette tema ud til at omfatte mange forskellige livsstils- og levevilkårsaspekter. Det er godt for kroppen, man får muskler, bliver slank og man får venner. Og så er det med til at give én selvtillid og indhold i tilværelsen, så man holder sig fra 'gaden' og ikke risikerer at ende i drenge- eller pigebander. Pludselig har et tema som motion relationer til en lang række forskellige sundhedsforhold inden for både livsstil og levevilkår. (Jensen *et al.*, 2006, s. 65-74)

### **Case 3: Det brede og positive sundhedsbegreb i forhold til mad og måltider**

I værkstedslignende aktiviteter med børn i indskoling havde sundhedsplejersken bl.a. lavet et værksted om mad og måltider. På en voksdug på gulvet var der placeret en lang række forskellige madvarer og desuden en række billeder om mad og spisesituationer. På baggrund heraf snakkede børnene om, hvad der er sund mad. Sundhedsplejersken brugte bl.a. billederne til at rejse spørgsmål som den sociale dimension i måltidet, mad i forskellige kulturer, hvad er en god spisepause, og hvad kan I selv gøre, for at den bliver god. Børnene blev hurtigt optagede af at diskutere forskellige madkulturer, og hvordan mad kan være sund og god, selvom den ikke ligner den, man selv spiser. Mange af børnene gav udtryk for, at det kunne være sjovt at smage hinandens mad og at have fælles maddage i skolen. Dette blev grebet af deres lærer, som herefter gik videre med ideen. (Jensen *et al.*, 2006, s. 113-125)



## 2.2. Deltagelse

***Sundhedsplejersken arbejder med børns og unges deltagelse for at sikre deres ejerskab i forhold til sundhed.***

### 2.2.1. Definition

Deltagelse defineres som en aktiv proces, hvor børn og unge i dialog med sundhedsplejersken i forhold til deres sundhed identificerer:

- Temaer
- Visioner
- Handlinger

Deltagelse kan derudover have forskellige former som:

- En proces hvor børn og unge selv tager initiativ og vælger at involvere sig
- En form for inddragelse hvor børn og unge på opfordring kommenterer og reviderer de temaer og forslag, som sundhedsplejersken sætter på dagsordenen.
- En fælles proces, hvor sundhedsplejerske og børn og unge i fællesskab vælger og undersøger tema, udvikler ideer til handling m.m.

### 2.2.2. Begrundelse

Et begreb om deltagelse relaterer sig tæt til kommunens overordnede værdigrundlag, hvori det bl.a. hedder, at *Kommunen skal møde brugeren med respekt, ligeværdighed, dialog og tillid*. Børns og unges deltagelse i de processer, som sundhedsplejersken sætter i gang, er forudsætningen for udvikling af deres ejerskab i forhold til sundhed. Og ejerskab er samtidig forudsætningen for varig forandring - uanset om det fx handler om ændret spiseadfærd, nye handlemønstre eller udvikling af generel handlekompetence i forhold til sundhed (Borup 1999). Se fx case nr. 3.

I udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen har sundhedsplejerskerne eksperimenteret med børnenes og de unges deltagelse inden for en lang række af forskellige aktiviteter. Erfaringerne herfra viser, at:

- Sundhedsplejerskens opmærksomhed på børnene og de unges egne værdier skærpes, og det betyder, at hun i høj grad søger at støtte dem i selv at definere forskellige opmærksomhedspunkter i relation til deres sundhed og i at udvikle strategier for forandring. Se fx case nr. 1.
- Børnene vover sig længere frem og får mod på at tale med sundhedsplejersken om sundhedsproblemer, de ikke tidligere i samme grad har indvietet sundhedsplejersken i. Samtidig får børnene lyst til at diskutere løsninger og handle over for deres problemer.
- Børnene føler sig set og hørt, hvilket igen betyder, at tillidsforholdet mellem børn og sundhedsplejerske styrkes, fx har en del af børnene opsøgt sundhedsplejersken længe efter for at fortælle om, hvordan det går.
- Børnene øger generelt deres motivation og handlekompetence i forhold til deres egen og andres sundhed, når de aktivt involveres.

I dialogen mellem børn og sundhedsplejerske bringes sundhedsplejerskens faglighed i samspil med børnenes ideer, oplevelser, bekymringer og visioner. Børns deltagelse forudsætter derfor, at sundhedsplejersken i kraft af sine faglige kompetencer kan udfordre og støtte børnenes egne ideer og holdninger. Se fx case nr. 2.

### 2.2.3. Udfordring

Deltagelse er de seneste år blevet et populært begreb inden for sundhedsområdet bl.a. på grund af en stigende kritik af mere kampagneorienterede 'top down' styrede aktiviteter. Deltagelse må imidlertid ikke forveksles med en 'bottom up' tilgang, hvor børnene er de styrende, og sundhedsplejersken står udenfor på sidelinjen. Den generelle udfordring inden for dette kernefelt handler derfor om balancen mellem sundhedsplejerskens styring og børnenes indflydelse. Erfaringen fra udviklingsarbejdet viser, at det kan opleves som svært at skulle balancere mellem på den ene side at lade børnene indgå i at definere problem, løsnings- og handlingsforslag og på den anden side at styre dialogen på baggrund af sin sundhedsfaglige viden.

#### Case 1: Et værksted om sundhed for de små skolebørn

I forbindelsen med sundhedssamtalen med de små børn i skolen, blev det tydeligt, at sundhedsplejerskernes faglige vurdering af børnenes alder og udviklingstrin er vigtig i fastsættelsen af rammerne for børnene deltagelse. Sundhedsplejerskerne vurderede på baggrund af en sundhedsfaglig viden om børns udvikling, at små børn tænker meget konkret, at de lærer via leg, at de har brug for trygge og faste rammer og for anerkendelse for at kunne deltage aktivt og fokuseret. De tilrettelagde derfor nogle værksteder, hvor børn i grupper på ca. fem skulle arbejde sammen om et konkret emne. Sundhedsplejerskerne definerede på forhånd de emner, børnene skulle beskæftige sig med i de forskellige værksteder, men dialogen i værkstederne var åben. Børnenes udveksling af erfaringer om emnet mad og måltider betød bl.a., at de fik afdækket, at det var et problem for dem, at spise-pauserne i skolen var for urolige. De ville meget hellere sidde og spise, mens læreren læste historie, og de besluttede at tale med læreren om det. Sundhedsplejersken støttede børnene i deres beslutning og hjalp dem efterfølgende med at kontakte læreren og få diskuteret problemet med hende.  
( Jensen *et al.*, 2006, s. 113-125)

#### Case 2: Sundhedssamtalen i ottende klasse

Sundhedsplejersken tog udgangspunkt i en ottende klasse, hvor der var mange 'piner' i form af hoved- og mavepine, ensomhed og højt fravær. Hun inviterede børnene til en temadag om stress, hvor hun spurgte børnene, om de sammen med hende ville udforske stress i klassen. Sundhedsplejersken og børnene afdækkede i fællesskab, at stressniveauet i klassen var meget højt, og at der eksisterede en lang række alvorlige konflikter i dagligdagen i klassen, som børnene selv ønskede og kunne gøre noget ved. ( Jensen *et al.*, 2006, s.137-150 )

#### Case 3: 'Den åbne dør'

Her ønskede sundhedsplejerskerne at bryde med de traditionelle rammer for sundhedssamtalen og i stedet invitere børn og forældre til at opsøge sundhedsplejersken, når de selv syntes, de havde et behov. Børn og forældre skulle, inden de opsøgte sundhedsplejersken, have formuleret for sig selv, hvad de ønskede at tale med hende om og herefter aktivt opsøge hende. Ved at lade børnene selv formulere og præsentere problemer for sundhedsplejersken, opnåede hun, at børnene havde et ejerskab til problemet allerede inden samtalen, og at hendes faglige viden var konkret efterspurgt i relation til det pågældende problem. Samtidig erfarede sundhedsplejerskerne, at denne dialog, baseret på at børnene selv er opsøgende, gør det muligt for sundhedsplejerskerne at give ansvaret for problemet tilbage til den, der har formuleret problemet ved at spørge til, hvilke handlemuligheder den pågældende selv ser i forhold til det problem, de har defineret. I en evaluering af, hvem der havde benyttet sig af tilbuddet om 'Den åbne dør' viste det sig, at det især var de udsatte børn – eller 'behovsbørnene' – der havde benyttet sig af tilbuddet.  
( Jensen *et al.*, 2006, s. 87-111)

## 2.3. Handlekompetence

### *Sundhedsplejersken arbejder med børns og unges udvikling af sundhedsmæssig handlekompetence.*

#### **2.3.1. Definition**

Sundhedsmæssig handlekompetence defineres her som:

- Børns og unges evne og vilje til at skabe positiv forandring for egen og andres sundhed
- En evne børn og unge aktivt erhverver sig gennem konkrete handlinger for egen og andres sundhed

Sundhedsmæssig handlekompetence kan betragtes som en kompetence, der aktiveres for at fremme egen og andres sundhed. Denne kompetence ses som noget børn og unge aktivt erhverver sig, gennem handlinger på egen hånd eller ved at handle sammen med andre. Handlinger kan her betragtes som forløbet fra en igangsat refleksion frem til den ønskede forandring. Selvom den ønskede forandring ikke opnås, betragtes det, at børnene og de unge er aktivt engageret i at skabe forandring, som en erfaring, der med sundhedsplejerskens støtte, kan være med til at opbygge børns og unges sundhedsmæssige handlekompetence.

Sundhedsmæssig handlekompetence rummer flere del-elementer. Det drejer sig bl.a. om engagement, visioner, viden og bevidsthed om sundhedsmæssige forhold, og hvordan man kan forandre disse (Jensen, 2000).

#### **2.3.2. Begrundelse**

Begrebet sundhedsmæssig handlekompetence kan bl.a. relateres til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, hvor der står, at den sundhedspædagogiske indsats skal sigte mod, at børn og unge bliver i stand til at tage vare på egen sundhed – nu såvel som senere i livet (Sundhedsstyrelsen, 2007). I forlængelse af det positive og brede sundhedsbegreb er der i forhold til sundhedsmæssig handlekompetence fokus på, at sundhedsplejersken skal understøtte børns og unges udvikling af kompetencer til at forandre og håndtere såvel livsstils- som levevilkårmæssige forhold, der har betydning for deres sundhed. I den sammenhæng er det dog væsentligt at have for øje at børn og unge er underlagt forskellige levevilkår. Sundhedsplejersken må her, med sin faglige vurdering hjælpe børnene, så udfordringerne afvejes i forhold til de forandringer, handlingerne retter sig imod.

Udvikling af børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence ses som en forudsætning for, at børn og unge på sigt bliver i stand til at tage vare på egen og andres sundhed. I lyset heraf har sundhedsplejersken en opgave i både at bidrage til udvikling af børn og unges sundhedsmæssige handlekompetence og til at tilvejebringe det bedst mulige handlerum for forandring. Se case nr. 1 nedenfor. Sundhedsplejersken kan via samtaler med forældrene, med læreren eller med andre personer på skolen eller i lokalsamfundet understøtte børn og unges muligheder for at igangsætte handlinger for at fremme sundheden. Sundhedsplejerskens opgave er at motivere til handling som kan føre til sundhedsmæssig forandring, men handlingen skal tage sit udspring i de ønsker og behov, der udvikles af børn og familie i dialog med sundhedsplejersken. Se case nr.3 nedenfor. Handlerummet skal forstås som det rum, sundhedsplejersken skaber sammen med børn og unge, som giver plads til at børn og unge både individuelt og sammen får mulighed for at beskrive, drøfte og eventuelt realisere deres drømme og visioner for bedre sundhed for dem selv, for deres kammerater og for deres familie.

Der er en meget tæt forbindelse mellem arbejdet med deltagelse og udvikling af børnenes sundhedsmæssige handlekompetence. Erfaringer fra udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen peger på

det vigtige i, at børnene får en oplevelse af, at de selv er med til at gøre en forskel. Dette ejerskab ses som en forudsætning for udvikling af sundhedsmæssig handlekompetence.

### 2.3.3. Udfordringer

Udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen viser, at det er en stor udfordring at nå til handleplanet, hvor børn forsøger at forandre virkeligheden. I den forbindelse er det en stor opgave at arbejde med børn som aktører, der både kan handle alene og i fællesskab. Imidlertid viser alle projekter i udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen, at sundhedsmæssig handlekompetence er et nyttigt og frugtbart begreb som pejlemærke for sundhedsplejerskens praksis.

Erfaringen fra udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen viser endvidere, at der ligger en opgave i at udvikle redskaber og metoder til at evaluere og dokumentere projekter, der har som mål at udvikle børnenes sundhedsmæssige handlekompetence. Der er her gode muligheder for at bygge videre på de måleredskaber, som udviklingsarbejdet har gjort erfaringer med i forhold til dokumentation af børns sundhedsmæssige handlekompetence. Se fx case nr. 2 nedenfor.

Endelig viser erfaringerne at der ligger et potentiale i fælles handlinger, som individuelle handlinger ikke har, det betyder at der er brug for en mere systematisk erfaringsopsamling af de sundhedspædagogiske metoder sundhedsplejerskerne anvender, som understøtter fælles handlinger, eksempelvis metoden Aktive Vurderinger.

#### Case 1: Handlerum for forandring

Sundhedsplejersken satte et projekt i gang, hvor formålet var at gøre noget med de børn, som var for tykke. Bevidst henvendte hun sig til dem i en tone, som ikke kunne virke nedladende. Hun skrev bl.a. i en invitation: *"Runde, glade børn kan samles for at lege og bevæge sig, snakke om mad og drikke og lære mere om kroppens sunde udvikling"*. Udgangspunktet var, at hvis man opnår en god kropsbevidsthed og et positivt krops syn, vil forudsætningen for øget selvværd, lysten til at indgå i sociale relationer og måske vægttab, være til stede. Det hele foregik i en gymnastiksal, og der var veksling mellem boldspil, redskabsgymnastik og frie og strukturerede lege. Børnene blev inddraget i planlægning og blev taget med på råd, både før og efter. De fik individuel ros ved fremgang og positiv opmærksomhed for godt kammeratskab. Børnene oplevede undervejs, at de kunne mere end de troede – og sundhedsplejersken beskriver, at det var fantastisk at opleve deres glæde over nye kompetencer. Endvidere fik de flere venner i skolegården. Og motoriklæreren fortæller, at de overvægtige piger nu tør kaste sig ud i mere i de almindelige gymnastiktimer med kammeraterne.  
(Jensen *et al.*, 2006, s. 177-190)

### **Case 2: Dokumentation af handlekompetence**

I projektet 'Den åbne dør' var ideen den, at børn (og evt. forældre) skulle forberede, hvad de ville snakke med sundhedsplejersken om, inden de på eget initiativ henvendte sig til hende. I de efterfølgende samtaler med børnene havde sundhedsplejersken fokus på et handleperspektiv og forsøgte at støtte børnene i at udvikle og igangsætte handlemuligheder. Indsatsen blev evalueret, idet alle elever blev spurgt om deres udbytte af samtalen. Efter deres første samtale blev de bedt om at svare på spørgsmålene: 1. *Synes du, at du har lært noget?* og 2. *Ved du hvad du skal gøre nu?* Efter anden samtale blev de spurgt om: 1. *Hvordan gik det?* og 2. *Fortæl hvad du har gjort?* 79 ud af 80 elever sagde at de 'havde lært noget', mens 71 kunne fortælle, at de havde handlet i forhold til deres problem. Deres handlinger omfattede bl.a.: begyndt at sige noget i timerne, undgå konflikt, begyndt at bruge briller, fået undersøgt problem hos læge, opsøgt sportsklub, søge hjælp hos voksne, spørge i stedet for at argumentere og tage ting op i elevrådet. Resultaterne peger på, at sundhedsplejerskens indsats har sat sig spor i forhold til børns handlekompetence.  
(Jensen *et al.*, 2006, s. 87-110)

### **Case 3: Handlinger der tager udgangspunkt i børns behov**

En gruppe sundhedsplejersker ønskede at gennemfører dialogbaserede sundhedssamtaler med børn i 6. klasse, hvor målet var at sætte det enkelte barns værdier, ønsker og behov i fokus ud fra en forestilling om at det ville øge barnets aktive deltagelse, ejerskab og handlekompetence. Sundhedsplejerskerne havde forinden i klassen introduceret børnene til sundhedssamtalerne og havde undersøgt børnenes begreb om sundhed. Inden sundhedssamtalen fik alle børn et forberedelsesskema, som de enten kunne udfylde alene eller sammen med deres forældre. En af eleverne udtrykte ved samtalen ønske om at få flere oplevelser og mere indhold i sin hverdag og også gerne være mere sammen med sine kammerater. Under sundhedssamtalen lavede han den strategi, at han ville melde sig ind i en badminton klub, begynde at drikke mælk for at få mere energi og invitere kammerater med sig hjem. Han vendte tilbage et par måneder senere og fortalte at han var begyndt i en badminton klub og også havde fundet en kammerat han havde inviteret hjem og gik i biografen med.  
(Jensen *et al.*, 2006, s. 87-110)

## 2.4. Omsorg

*Sundhedsplejersken yder professionel omsorg både som et middel og som et mål i sig selv.*

### **2.4.1. Definition**

- Omsorg defineres som en etisk begrundet fordring om at tage vare på den anden - her barnet og den unge. Den professionelle omsorg bygger både på den etiske fordring, karakteren af de opgaver sundhedsplejersken varetager og hendes sundhedsfaglige kompetencer (Martinsen, 2005)

Den professionelle omsorg udmønter sig i specifikke handlinger og bestemte måder at gå i dialog med børnene ved at:

- Lytte – i betydningen interesseret deltagelse
- Rumme – i betydningen at skabe tid og plads. Det drejer sig om at tage udgangspunkt i barnets oplevelse af verden og give mulighed for at dele oplevelser i fortrolighed

- Se barnet – i betydningen at anerkende dets integritet som menneske, som person og vise, at det er noget særligt
- Være til stede – i betydningen at stille sig til rådighed, være nærværende og ikke nødvendigvis stille krav om akut problemløsning
- Tage ansvar for – i betydningen at tage hånd om barnet. Ansvaret inkluderer opmærksomhed på de svageste og mest udsatte børn og unge
- 'Sætte plaster på' - i betydningen at trøste og lindre, men også konkret at sætte plaster på

#### **2.4.2. Begrundelse**

Professionel omsorg betragtes som en grundlæggende værdi for de opgaver, sundhedsplejersken varetager i forhold til børn, unge og deres familier. Sundhedsplejerskens opgave, at bidrage til børns og unges sundhed og trivsel, omfatter pr. definition en omsorgsfunktion (Wistoft & Nordtorp, 2004). Denne omsorgsfunktion udmøntes i en række opgaver, som både retter sig mod den enkelte, gruppen og familien. Der ydes professionel omsorg, når der løses sundhedspædagogiske opgaver, når der arbejdes mere støttende og hjælpeorienteret, og når der løses opgaver i forhold til at tage vare på børn og unge med særlige behov. Den professionelle omsorg åbner for dialog og sigter mod, at det enkelte barn og den enkelte unge lærer noget og udvikler sig i forhold til at skabe forandringer for et sundere liv.

Sundhedsplejerskens professionelle omsorg handler om at koble faglighed, viden, værdier og holdninger og derudfra handle etisk ansvarligt i forhold til de opgaver, hun har ansvaret for (Wistoft, 2006a). Professionel omsorg kan ses både som et mål og et middel i forhold til skolesundhedsplejens opgaver. Som mål er omsorg en værdi i sig selv – en ubetinget værdi. Som middel har omsorg fx betydning for en succesfuld intervention eller for at skabe gode muligheder for forebyggelse og sundhedsfremme. Se case 2 nedenfor.

Levevilkår, omstændigheder, muligheder og evner er forskellige og ofte ulige fordelt. Alle børn og unge er dermed ikke lige godt stillede socialt, økonomisk, fysisk eller psykisk. Mulighederne for at handle og træffe sunde valg er således også ulige. Gennem opgaven om tidlig opsporing og handling i forhold til børn og unge med særlige behov, får sundhedsplejersken funktion som professionel omsorgsperson og opnår her igennem indsigt i og erkendelse af ulige vilkår. Erkendelsen af de ulige vilkår skærper sundhedsplejerskens forpligtigelser og ansvar som professionel omsorgsperson. Se case nr. 3.

#### **2.4.3. Udfordringer**

I udviklingsarbejdet er der gjort erfaringer med at se omsorgen for det enkelte barn i relation til gruppen af børn, fordi det kan vise sig, at det enkelte barns problem er en del af et fælles problem i klassen. Derved kan perspektivet og handlingsplanet flyttes fra det enkelte barn til gruppen af børn. Se case 1 nedenfor.

En anden udfordring opstår i erkendelsen af, at omsorg ikke er entydig størrelse. På den ene side er det sundhedsplejersken, der yder omsorg for barnet eller den unge, men på den anden side er hun påvirkelig af den måde, hvorpå barnet modtager hendes omsorg. Selv når omsorg betragtes som mål i sig selv og i princippet er ubetinget, kan oplevelsen af ikke at blive lukket ind i barnets univers og dermed ikke være med til at løse eventuelle problemer være frustrerende. I de sundhedspædagogiske sammenhænge viser dilemmaet sig, når omsorg bruges som middel til at opnå mål, der er sat i omsorgens tegn, dvs. mål sat af sundhedsplejersken og ikke nødvendigvis barnet eller den unge selv.

### **Case 1: Om at flytte fokus fra den enkelte til fællesskabet**

I et af projekterne (i en 6. klasse) hvor udvikling af de individuelle sundhedssamtaler og omsorg var i fokus, erfarede sundhedsplejersken stor social ulighed og et generelt dårligt klassemiljø. Dette kom bl.a. til udtryk ved, at det enkelte barn gav udtryk for udelukkelse fra fællesskabet samt mobning og voldsom uro i klassen. Dette mønster havde udviklet sig til en manglende gensidig respekt mellem børn, lærere og vikarer. Det gav ikke mening at løse disse problemer i de individuelle samtaler. I samarbejde med børnene, lærerne og vikarerne blev det muligt for sundhedsplejersken at involvere alle i at sætte ord på de problemer, som fyldte i klassen. Børnene var især begejstrede over, at lærerne og vikarerne skulle være med på lige fod med dem. Børnenes egne værdier kom frem, således at de kunne lægge strategier for, hvordan de kunne få en bedre stemning i klassen. De satte ord på det, de satte pris på ved en god klasse. Herefter lavede de problemidentifikation og slutteligt et løsningskatalog med forslag til ændret adfærd og ideer for både elever, lærere, vikarer og skole.

(Jensen *et al.*, 2006, s.13 – 32)

### **Case 2: Omsorgs betydning for at skabe gode muligheder for sundhedsfremmende aktiviteter**

I et projekt, hvor sundhedsplejersken arbejdede i et deltagerorienteret forløb med elever i 6. klasse skiftede hendes perspektiv på omsorg. Fra at ville frigøre sig fra rollen som omsorgsperson i arbejdet med eleverne, erkendte sundhedsplejersken, at omsorg var bærende for såvel gode pædagogiske relationer som for hendes egen og børnenes kompetenceudvikling. Hun fremhæver bl.a., at det at vise eleverne omsorgsfuldhed er essentielt for deres deltagelse og dermed også for deres udbytte. I den sammenhæng blev omsorg ikke forstået som en betingelsesløs omsorg, men i stedet som omsorg for at medinddrage dem i forløbet, så det blev klart for dem, at sundhedsplejersken havde tillid til, at de kunne deltage på ligeværdig vis i forløbet. Hendes omsorgsrolle blev inkluderet som en pædagogisk kompetence og udmøntet i øget opmærksomhed på børnenes værdier, engagement og muligheder for læring.

(Jensen *et al.*, 2006, s. 151-162)

### **Case 3: Omsorg for de svageste**

På to skoler lavede sundhedsplejerskerne Åben rådgivning. To af målene var at:

1. At etablere et let tilgængeligt rum for sundhedsrelateret vejledning og dialog.
2. At forebygge at problemer eskaleres ved at tilbyde hjælp og rådgivning "her og nu".

Her handlede det blandt andet om, at skabe et kommunikativt rum hvor sundhedsplejersken var tilstede for de der havde behov. Et rum hvor hun med anerkendelse lyttede, rummede og gik i dialog om det der var svært og hvordan man kommer videre. Det skulle vise sig at både børn og forældre kom i store tal. Også de der havde det svært – de "svage" elever. Men der var en lille restgruppe som ikke kom. Ved at opsøge de "behovsbørn" der ikke kom af sig selv, viste det sig at flere faktisk havde noget de gerne ville have sundhedsplejerskens hjælp til. De havde behov, men kom ikke af sig selv. Det blev en del konklusion at omsorgen for de svageste indbefatter opsøgende virksomhed.

(Jensen *et al.*, 2006, s. 87 – 110)

## 2.5. Tværfaglighed

*Sundhedsplejersken samarbejder med andre faggrupper om børns og unges trivsel for at opnå synergieffekt.*

### 2.5.1. Definition

- Tværfaglighed defineres her som et samarbejde mellem forskellige faggrupper, hvor målet er at opnå det bedst mulige grundlag for at fremme børns og unges trivsel og udvikling

Præmisserne for samarbejdet er gensidig respekt, anerkendelse af hinandens faglighed og dialogen som grundlag for samarbejdet. Tværfaglighed og tværfagligt samarbejde kan aldrig være et mål i sig selv, men alene et middel til at opnå synergi ved at samarbejde på tværs af faggrænser om det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i skolerne. Forståelsen af det tværfaglige samarbejde gælder her både det, der sker løbende efter behov i det daglige arbejde, og så det tværfaglige samarbejde, der er formaliseret med en på forhånd aftalt struktur og organisering.

### 2.5.2. Begrundelse

Tværfaglighed og tværfagligt samarbejde anses som et grundlæggende vilkår for sundhedsplejerskens succesfulde løsning af opgaverne i skolesundhedsplejen. Fra en vellykket forebyggelsesstrategi om at nedbringe spædbørnsdødelighed og forebygge sygdom og fejludvikling hos børn og unge, er sundhedsplejens fokus flyttet til en mere generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, hvor barnets almene trivsel, og den kontekst, som barnet lever i, står centralt. Det har bragt en lang række af nye samarbejdspartnere i fokus, som sammen med sundhedsplejersken spiller en rolle i forhold til det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med skolebørnene. Se case 3 nedenfor.

Nødvendigheden af at medtænke konteksten kan illustreres med et citat fra WHO's Ottawa charter, hvor det hedder, at "*Sundhed skabes af mennesker inden for de rammer, hvor de til daglig, lærer, arbejder, leger og elsker*" (WHO, 1986). Det lægger op til, at sundhedsplejersken tager udgangspunkt i det miljø, børnene og de unge lever i, når de sundhedsfremmende og forebyggende opgaver skal løses. Dette understøttes af udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen, der peger på, at succesen med det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i skolerne er betinget af en tværfaglig arbejdsform mellem de faggrupper, der er omkring skolebørnene. Det skal ses i sammenhæng med, at det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde handler om mere end det enkelte barns helbreds- og sundhedstilstand, idet det også omfatter samspillet mellem børnenes levevilkår, klassens trivsel og skolemiljøet.

Skolen udgør den væsentligste ramme for skolesundhedsplejerskens samarbejde med andre faggrupper. Men også tilknyttede institutioner, børnene og de unges hjem og lokalområdet kan danne rammen om det tværfaglige samarbejde for skolebørnenes sundhed og trivsel. Samarbejdet kan således involvere lærere, kommunallæge, skoleleder, pædagoger, psykologer, praktiserende læger, politi, fritidsorganisationer i lokalområdet, studerende fra lokale uddannelsesinstitutioner, sagsbehandlere m.fl.

### 2.5.3. Udfordring

Traditionelle eller utidssvarende forventninger om de forskellige faggruppers kompetencer og opgaver kan være barrierer for samarbejdet på tværs (Wistoft *et al.*, 2005). Se case 2 nedenfor. Derudover kan der opstå modsætninger mellem samarbejdspartnere, der skyldes forskellige grundholdninger til børn og forventningerne til disses roller. En overskridelse af sådanne modsætninger forudsætter synlige værdier



og en vilje til at stille sig åben og anerkendende i forhold til, at andre faggrupper har andre kerneopgaver og dermed også kan have andre tilgange til skolebørnene. Det er i den forbindelse afgørende, at den enkelte sundhedsplejerske er i stand til klart og præcist at kunne formidle, diskutere og eksemplificere det værdigrundlag, som skolesundhedsplejen bygger på. Se case 1 nedenfor.

Udviklingsarbejdet i skolesundhedsplejen viser med al tydelighed, at det at få etableret et tværfagligt samarbejde i skolesundhedsplejen stiller særlige krav til sundhedsplejersker om at påtage sig en proaktiv rolle. Det skyldes især, at sundhedsplejersken som faggruppe står alene på skolen og at lærernes tilstedeværelse på skolerne ofte er lagt fast i en forud tilrettelagt undervisningsplan.

### **Case 1: Skolesundhedsplejens værdigrundlag i spil**

En sundhedsplejerske inviterede lærerne på en skole til at indgå i et sundhedsteam, som skulle arbejde for at etablere skolens sundhedspolitik. I starten havde lærerne svært ved at forstå, hvorfor de skulle engageres i arbejdet. Gennembruddet kom, da sundhedsplejersken efter præsentation af et bredt og positivt sundhedsbegreb på et Pædagogisk Råds møde gik aktivt ind i samarbejdet med lærerne om to tværsuger om sundhed. Herigennem fik hun mulighed for at konkretisere, synliggøre og eksemplificere, hvad der gemmer sig bag et bredt og positivt sundhedsbegreb, og hvordan denne tilgang spiller sammen med skolens overordnede værdigrundlag. Endvidere var det af stor betydning, at hun gennem møder og diskussioner med skoleledelsen fik afsat timer til de lærere, der ville indgå i det tværfaglige sundhedsteam. Sundhedsplejersken konkluderer, at det har spillet en stor rolle, at 1. hun var i stand til at trække linjerne mellem skolens overordnede værdier og arbejdet med sundhed, 2. at hun hele tiden fulgte op og lavede lobbyvirksomhed for at 'uddanne' lærerne i det positive og brede sundhedsbegreb og 3. at hun fra starten klart fremlagde, hvad hendes eget ståsted var, og hvilket sundhedsbegreb, skolens sundhedspolitik efter hendes opfattelse skulle bygge på. Disse forhold skabte betingelserne for en dialog på skolen, hvor mange lærerne undervejs selv udviklede ejerskab til skolens arbejde med sundhed. (Jensen *et al.*, s. 41-54)

### **Case 2: Traditionelle forestillinger om sundhed i spil**

I en række sammenhænge har sundhedsplejersken lavet interviews med udvalgte lærere og om deres opfattelser af sundhed samt om, hvilken rolle, de mener skolen skal have i forhold til børns sundhed. Disse interviews har vist sig at være guld værd i forhold til at rejse bredere diskussioner i lærergruppen eller i en større gruppe af forældre, idet sundhedsplejersken derved har bragt sig i rollen som formidler af, hvad andre lærere/forældre tænker om sundhed. Og det har været et spændende udgangspunkt for diskussionen med en bredere kreds. Samtidig afdækkede interviewene holdninger, der bl.a. afslørede en skeptisk holdning til sundhedsarbejdet, hvis det bliver formynderisk:

- *"Hvis fokus på sundhed betyder, at skolen skulle være sådan en 'sundhedsapostel', og hvis det betyder, at vi går rundt og vifter med gulerødder, så er det ikke det vi vil"* (lærer)
- *"Skal vi nu også være sundhedspoliti?"* (lærer)
- *"Jeg har det sådan med politikker, at jeg hader hvis de handler om det, vi ikke må. Forbud skaber en negativ følelse i mig"* (lærer)

(Jensen *et al.*, s. 41-54, 55-64 og 75-85)

### Case 3: Det tværfaglige samarbejde som forudsætning for gennemslagskraft af det sundhedsfremmende arbejde på skolen

Et projekt hvor sundhedsplejerskerne deltog med aktiviteter i en emneuge på skolen, viste tydeligt, hvor afgørende det tværfaglige samarbejde er for opfattelsen af sundhedsplejerskens rolle på skolen, for understøttelse af det sundhedsfremmende arbejde og for elevernes deltagelse i de aktiviteter sundhedsplejersken tilrettelægger. Fravær af samarbejde om aktiviteterne i en emneuge betød, at sundhedsplejerskens aktiviteter blev opfattet som input uden sammenhæng med de øvrige aktiviteter. Børnene forstod ikke, hvad meningen med sundhedsplejerskernes tilbud var. Eksempelvis var der en elev, der sagde: "hvorfors skal vi egentlig lave det her?". Der var for ham slet ingen sammenhæng til resten af ugens emner og ingen mening med det, han lavede. Det understreger vigtigheden af, at sundhedsplejersken er proaktiv i forhold til at få det tværfaglige samarbejde sat på dagsordenen og at sundhedsplejersken kan redegøre for de grundlæggende værdier i skolesundhedsplejen arbejde.  
(Jensen *et al.*, s.173-176)

### 2.6. Referencer

- Borgerrepræsentationen (1998). Københavns Kommunes Værdigrundlag. Københavns Kommune.
- Borup, I. (1999). Learning about Health: The pupils' and the School Health Nurses' Assessment of the Health Dialogue. The Nordic School of Public Health. Göteborg, Sweden.
- Jensen, B. B. (2000). Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. In L. Hounsgaard & J. Juul Eriksen (Eds.), *Læring i sundhedsvæsenet* (1 ed., pp. 191-209). København: Gyldendal Uddannelse.
- Jensen, B. B., Roesen, J. V., Glisman, H., & Wistoft, K. (Eds.). (2006). *Sundhedsplejen ved en skillevej? Erafringer fra et sundhedspædagogisk udviklingsarbejde*. København: Sundhed og miljø, Københavns Kommune.
- Københavns Kommunes Sundhedspleje (2005). Sundhedsplejens Praksis. Københavns Kommune.
- Martinsen, K. (2005). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. In K. Martinsen (Ed.), *Samtalen, skjønnnet og evidensen* (pp. 135-166). Oslo: Akribe as.
- WHO (1986). *The ottawa charter for health promotion* (No. Health promotion, 1, iii-v): World Health Organization.
- Wistoft, K. (2006a). Omsorg og sundhedspædagogisk kompetence. *Cursiv*, 1(1), 83-98.
- Wistoft, K. (2006b). Sundhedspædagogiske udfordringer i skolen. *Tidsskriftet Sygeplejersken*, 106(4), 48-52.
- Wistoft, K., & Jensen, B. B. (2004). Værdier i sundhedsplejen - værdiafklaring i det sundhedsfremmende arbejde. Forskningsintegreret udviklingsprojekt for perioden 1.4.04 - 31.3.07. København.
- Wistoft, K., Jensen, B. B., & Roesen, J. V. (2005). *Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedsplejen*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- 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 mellemlidere* (s. 177-212). København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Sundhedsstyrelsen (2007). Forebyggende Sundhedsydelser til Børn og Unge, Anbefalinger. Sundhedsstyrelsen.