



# Sundhedens konsekvenser

- et projekt om medarbejdernes vilkår når arbejdspladsen bliver sund

Roskilde Univeritet  
August 2010  
Specialeafhandling i  
Psykologi og  
Arbejdslivsstudier

Normalsider: 119,8  
Tegn: 287.521



Skrevet af:  
Jeppe Zielinski Ajslev  
Jeppe Møller

Vejledt af:  
Jo Krøjer  
Henrik L. Lund



## Abstract

This thesis examines a societal trend, namely, health promotion being implemented in the workplace in order to optimize its human resources and to promote the *good life* for its employees. A trend that is also gaining ground in public enterprises.

We perform an empirical analysis investigating the impact a health promotion project implemented in two public companies has on employees. How can the focus on employee health be understood from perspectives on social power mechanisms and health as a discourse? And how do these factors contribute to position employees in certain ways determined by their *unhealthy* characteristics?

The thesis takes its theoretical point of departure in post-structuralist and social constructionist theory. The constitution of cognition through language, along with the concept of situated knowledge developed by Donna Haraway represents the theoretical framework, and the analytics of power drawn by Michel Foucault combined with positioning theory by Bronwyn Davies and Rom Harré are pivotal points for the subject theory as well as the strategy of analysis presented in the thesis.

## Resumé

Denne specialeafhandling undersøger en samfundsmæssig trend om, at sundhedsfremme implementeres på arbejdspladsen for at optimere virksomhedens personaleressourcer og for at fremme af *det gode liv* for medarbejderne. En tendens der også vinder indpas på offentlige virksomheder.

Vi udfører en empirisk analyse af, hvilke konsekvenser et sundhedsfremmeprojekt implementeret i to offentlige virksomheder har for de ansatte. Hvordan kan fokuseringen på medarbejdernes sundhed forstås ud fra en optik på sociale magtmekanismer og diskurser om sundhed? Og hvordan er disse forhold med til at positionere medarbejdere på bestemte måder, determineret af deres *usunde* karakteristika?

Specialets tager sit teoretiske afsæt i poststrukturalistisk og socialkonstruktionistisk teori. Sprogets konstitution af erkendelsen danner sammen med Donna Haraways begreb om situeret viden de videnskabsteoretiske rammer, og Michel Foucaults magtanalyser samt Rom Harré og Bronwyn Davies' positioneringsteori er centrale omdrejningspunkter for specialets subjektforståelse og analysestrategi.

## Forord

Dette speciale er kulminationen på et tæt samarbejde gennem hele studietiden på Roskilde Universitet. Det er således den 9. projektrapport, vi skriver sammen, men det er kun andet projekt, vi kun er to til at skrive. Mange medstuderende har således haft betydning for vores akademiske udvikling. I specialet har det været vigtigt for os at inddrage en videnskabsteoretisk og subjektteoretisk ballast, der er resultatet af en gennemgående interesse i vores studie. Samtidig har det været vigtigt at gøre videnskabsteorien og teorien pragmatisk anvendelig i den arbejdslivssammenhæng, vi i vores fortsatte karrierer håber at kunne producere viden om. Uanset teoretisk ståsted *er* arbejdet om noget det sted, voksenlivet formes, og dermed et sted hvor kritik og udvikling er væsentligt, hvis man ønsker at forstå og påvirke rammerne for menneskelig væren. For at materialisere vores interesse for både det teoretiske og det kontekstuelle, har vi valgt at lægge stor vægt på begge dele. Første halvdel af specialet beskæftiger sig med de bredere videnskabsteoretiske, subjektteoretiske og metodologiske overvejelser, der ligger til grund for analysen, mens anden halvdel rummer den casespecifikke analyse af sundhedsfremme i psykiatrien. Den store vægt på både teori og empiri er ligeledes med til at understrege, hvordan specialet ikke kun er kulminationen på et studie, men også begyndelsen på vores arbejdsliv, der altid vil rumme overlappende empiriske og teoretiske dimensioner.

Vi skylder en stor tak til de gennemgående inspiratorer til vores studietid. Først og fremmest vores vejledere på dette projekt fra henholdsvis arbejdslivsstudier og psykologi på Roskilde Universitet, som vi også har haft stor glæde af i undervisningen. Desuden Simon Scheppan som vi har skrevet tre projekter sammen med, og som vi også ville skrive dette med, havde det været muligt.

Når vi i det følgende angiver, hvem der personligt har været ansvarlige for hvilke afsnit, som det kræves, når man afleverer afhandlingen til skriftlig bedømmelse, er det for så vidt ikke et udtryk for den faktiske arbejdsproces. I praksis har vi begge deltaget i udarbejdelsen af alle faser af rapportens afsnit – fra operationalisering og diskussioner over skriftlig formulering til korrekturlæsning. At forestille sig en arbejdsproces, der rent faktisk var opdelt på den måde, bedømmelsen tager som præmis, er ikke alene uproduktiv og uforenelig med gruppearbejdet i Roskilde Universitets ånd; den går også imod alle vores idealer om videnskabelighed og vidensproduktion. Vi har dog lavet en arbitrær og tilfældig opdeling af rapportens afsnit, for at leve op til de formelle krav om ansvarliggørelse af den enkelte studerende for sin arbejdsindsats.

Jeppe Møller er ansvarlig for side 2-55

Jeppe Ajslev er ansvarlig for side 56-107

Spørgsmål og kommentarer er meget velkomne.

# Indhold

<b>ABSTRACT</b> .....	<b>2</b>
<b>RESUMÉ</b> .....	<b>2</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>1. INDLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1. CASEBESKRIVELSE .....	6
<i>Sundhedsfremmeprojektets initiativer</i> .....	7
<i>De studerende kommer brasende</i> .....	7
<i>Casen</i> .....	8
1.2. PROBLEMFELT .....	10
<i>Mennesker som ressource i en markedsøkonomi</i> .....	10
<i>Konstruktionen af det gode liv</i> .....	11
<i>Ulighed i sundhed</i> .....	11
1.3. PROBLEMFORMULERING .....	12
1.4. PROJEKTDESIGN.....	12
<b>2. VIDENSSKABELSE</b> .....	<b>14</b>
2.1. ET SOCIALKONSTRUKTIONISTISK OG POSTSTRUKTURALISTISK GRUNDLAG.....	15
<i>Den sproglige vending</i> .....	15
<i>Sprog og viden</i> .....	17
<i>Magt</i> .....	18
<i>Bekendelsens magtform</i> .....	19
<i>Produktionen af viden</i> .....	20
<i>Situeret viden(skab)</i> .....	22
2.2. KRITIK AF SOCIALKONSTRUKTIVISMER .....	23
2.3. RELATIONELLE SELVER OG FØLELSERNES ONTOLOGI .....	25
<i>Positionering</i> .....	26
2.4. EN ANTIESSENTIALISTISK NORMATIVITET .....	29
2.5. ANALYSEPERSPEKTIVER .....	32
<i>Magt, bekendelser og positionering som analytiske perspektiver</i> .....	32
<b>3. METODE</b> .....	<b>34</b>
3.1. GYLDIGHED .....	34
3.2. INTERAKTION I TEORI OG PRAKSIS .....	36
<i>Empirien</i> .....	36
<i>En problemstilling bliver skabt</i> .....	37
<i>Forskeren som forandringsaktør</i> .....	38
<i>Forskerposition</i> .....	39
<i>Interview som metode</i> .....	40
<i>Udvælgelse af interviewpersoner</i> .....	44
<i>Tekstanalyse</i> .....	46
3.3. ANALYSESTRATEGI – SPROGET BRINGES I SPIL I ANALYSEN .....	46
<i>Analysens skriftlige udformning</i> .....	48
<i>Syntaks for formatering af citater</i> .....	49

<b>4. ANALYSE .....</b>	<b>50</b>
4.1. TILGÆNDELIGE SUBJEKTPPOSITIONER OG REPRODUKTION AF EN MARGINALISERENDE SUNDHEDSDISKURS .....	50
<i>Formuleringer omkring sundhed</i> .....	50
<i>Lyst til sundhed?</i> .....	53
4.2. SUNDHED I FAGLIGHEDEN .....	55
<i>Medarbejderne som forbilleder</i> .....	55
<i>Sikkerhed og sundhed</i> .....	59
<i>Psykisk sundhed og faglighed</i> .....	61
4.3. KATEGORISERING AF DE USUNDE .....	62
<i>Rygerne</i> .....	64
<i>Sanselighedens rationalitet</i> .....	66
<i>De overvægtige</i> .....	67
4.4. MENTAL SUNDHED.....	72
<i>Mental sundhed, omsorgssamtaler og sygefravær</i> .....	72
<i>Arbejdsomæssig belastning og illegitimt sygefravær</i> .....	76
<i>New Public Management og win-win-logik</i> .....	79
<i>Problematikken omkring psykisk sundhed i psykiatrien</i> .....	81
4.5. SUNDHEDENS VÆRKTØJSKASSE .....	83
<i>Du bestemmer!</i> .....	84
<i>Gruppesamtalerne</i> .....	85
<i>De individuelle samtaler</i> .....	87
<i>Du bestemmer?</i> .....	88
<i>Pression og overvågning</i> .....	92
<b>5. KONKLUSION .....</b>	<b>94</b>
<b>6. PERSPEKTIVERENDE DISKUSSION.....</b>	<b>96</b>
<i>Overskridende potentialer</i> .....	97
<i>Fremtidigt arbejde med sundhedsfremme</i> .....	98
<i>Økonomisk rationalitet</i> .....	98
<i>Hvor skal ansvaret placeres?</i> .....	99
<i>Hvor skal vi hen?</i> .....	100
<b>7. OVERSIGT OVER EMPIRI .....</b>	<b>102</b>
<b>8. LITTERATURLISTE .....</b>	<b>103</b>

# 1. Indledning

## 1.1. Casebeskrivelse

Vi har det seneste år arbejdet som studentermedhjælpere på Center for Arbejdsmiljø og Arbejdsliv (CAA), som er en forskningsenhed på Roskilde Universitet. Her har vi blandt andet deltaget i evalueringsstudiet af et regionalt sundhedsfremmeprojekt, der havde til formål at forbedre sundhedsadfærden for medarbejderne i psykiatrien<sup>1</sup>. CAA havde i samarbejde med det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) fået til opgave at evaluere et sundhedsfremmeprojekt, psykiatrien havde iværksat i efteråret 2008 med støtte fra Forebyggelsesfonden. Sundhedsfremmeprojektet bestod af en række initiativer på tre psykiatriske arbejdspladser, der havde til formål at fremme medarbejdernes evne til at opnå den sundhedsadfærd, de ønskede. At projektet var støttet af Forebyggelsesfonden betød blandt andet, at en række kvantitative succeskriterier blev opstillet i forbindelse med ansøgningen. Således skulle medarbejdernes sundhedsadfærd forbedres, antallet af sygedage skulle nedbringes, og initiativerne skulle forbedre fastholdelsen af medarbejdere samt tiltrække nye.

Forskergruppens forpligtelser bestod i at levere en baselinerapport, der på baggrund af interviews og kvantitative data om arbejdsmiljøet fra NFA skulle afdække forudsætningerne for at arbejde med sundhedsfremmeprojektet, forud for projektets initiativer startede. Det blev efterfølgende besluttet at lægge en ekstra interviewrunde ind efter samtaleforløbet (se nedenfor) for at kunne vurdere erfaringerne fra forløbet, mens det var i medarbejdernes bevidsthed.

Desuden skulle der udarbejdes en samlet evalueringsrapport over hele projektet, hvor også tilbuddene om sundhedsfremmende aktiviteter blev vurderet på baggrund af en tredje interviewrunde. Formålet var at evaluere de arbejdsmiljømæssige effekter af sundhedsfremmeprojektet samt de organisatoriske og arbejdsmiljømæssige barrierer for projektet overfor styregruppen i regionen og Forebyggelsesfonden. Det var denne sidste interviewrunde, vi som studentermedarbejdere forberedte og udførte – og nu bruger som udgangspunkt for vores speciale. Der er således tale om et længerevarende studie, hvor der produceres empiri for den samme gruppe personer over en længere periode, men også om et kvalitativt processtudie, hvor der produceres empiri om forandringen før, under og efter interventionen.

Casen i dette speciale udgør først og fremmest interviewmaterialet fra evalueringsinterviewene, men det er relevant dels at beskrive rammerne for sundhedsfremmeprojektet, som de blev kortlagt ved baselinestudiet, ligesom vores erfaringer med dette studie som hhv. studentermedarbejdere og studerende er nødvendige at beskrive, da de repræsenterer dele af vores perspektiv og motivation for specialet.

---

<sup>1</sup> 'Psykiatrien' er anonymiseret af hensyn til medarbejderne. Vi ønsker ikke, at nogle interviewpersoner skal kunne stilles til ansvar i forhold til de perspektiver, vi frembringer i rapporten, da vi ikke kan være sikre på konsekvensen af en sådan ansvarliggørelse i forhold til deres respektive tilværelse. Alle stedsnavne omhandlende casen er således ændrede sammen med medarbejdernes navne.

Følgende afsnit vil vi derfor på et meget overordnet plan præsentere sundhedsfremmeprojektet, arbejdspladserne og vores erfaringer fra casen, forud for specialearbejdet.

### *Sundhedsfremmeprojektets initiativer*

Første del af sundhedsfremmeprojektet var et sundhedssamtaleforløb ud fra metoden *Du bestemmer* (Dalsgaard et al. 2006), som medarbejderne blev tilbudt at deltage i. Forløbet bestod af henholdsvis individuelle samtaler og gruppesamtaler og skulle gennem empowermentorienterede coachingprincipper og dertil knyttede øvelser hjælpe medarbejderne med at øge deres individuelle ressourcer og motivation til at opnå den sundhedsadfærd, de ønskede. I baselinestudiet fandt vi, at medarbejderne i store træk var glade for muligheden for at mødes i gruppesamtalerne, men at de samtidig var skuffede over, at samtaleforløbet kun kunne munde ud i aktiviteter, der var direkte orienterede mod forbedring af medarbejdernes individuelle kost-, rygning-, alkohol- og motionsvaner (KRAM), fordi projektet var finansieret af en pulje i Forebyggelsesfonden, der fokuserede på KRAM (Lund et al. 2010).

Efter samtaleforløbene blev der således etableret tilbud om deltagelse i en række KRAM-relaterede tilbud. Medarbejderne fik tilbud om fitnesskort, deltagelse i løbegrupper, personlig sundhedscoach, kostvejledning, rygestopkurser mv.

Gennem interviews med medarbejderne fandt forskergruppen både før (vinteren 2008/2009) og efter (efteråret 2009) aktiviteterne forløb ud af, at aktiviteterne var attraktive for de medarbejdere, der i forvejen var aktive, eller som havde gode erfaringer med motion. De medarbejdere, der havde svært ved at leve op til de medicinske sundhedsidealiser om sund kost, røgfrihed og et aktivt liv, deltog kun i begrænset grad i aktiviteterne. Kun få medarbejdere kunne betragtes som egentlige mønsterbrydere i forhold til tidligere sundhedsadfærd og sundhedsforståelse (ibid.).

### *De studerende kommer brasende*

Vi blev deltagere i forskergruppens evaluering af sundhedsfremmeprojektet i foråret 2009, da vi blev ansat som studentermedarbejdere. Vores første opgave var at deltage i udarbejdelsen af baselinerapporten til regionen, der skulle skrives på baggrund af en kvantitativ afdækning af det psykiske arbejdsmiljø foretaget af NFA samt baseline- og procesinterviewene, foretaget af forskergruppen i CAA. Vores arbejde på CAA gav os mulighed for at anvende empirien til at skrive vores første projekt på kandidatmodulet på arbejdslivsstudier (se Ajslev et al. 2009), hvor en række perspektiver, vi anlagde i vores studieprojekt, fandt vej til baseline- og evalueringsrapporten til det psykiatriske hospital.

Således blev der i tilbagemeldingen til det psykiatriske hospital inddraget en række magtteoretiske perspektiver, hvor vi især fokuserede på brugen af metoden *Du bestemmer*, ligesom sundhedens betydning blev berørt ud fra perspektiver omkring sundhedsprofessionelles ledelse af medarbejderes adfærd (Mik-Meyer 2008). Vi så, at *Du bestemmer* forløbet udgjorde et særligt magtrum, hvor den enkelte sundhedsvejleder i høj grad havde indflydelse på, hvilke sund-

hedsforståelser, der var mulige for medarbejderne at italesætte. Nogle sundhedsvejledere var meget fokuserede på de psykologiske forudsætninger, medarbejderne havde for at ændre sundhedsadfærd, hvilket medførte sundhedssamtaler, der blev terapeutiske i en grad, så medarbejderne følte deres personlige integritet overskredet. Andre sundhedsvejledere betonedede alene KRAM-faktorer som relevante at tale om og følte et ansvar for at gøre sundhedssamtalerne relevante for de efterfølgende KRAM-orienterede tilbud i projektet (Lund et al. 2010, Ajslev et al. 2009). For at præsentere sundhedsprojektets dissonans mellem ledelsens og medarbejdernes sundhedsorienteringer, blev disse præsenteret som aktørgrupper: tovholdere, ledelse, sundhedsvejledere, deltagende medarbejdere og ikke-deltagende medarbejdere (i henholdsvis samtaler og KRAM-aktiviteter). Det fremgik, at ledelse, tovholdere og de medarbejdere, der deltog i aktiviteter men ikke i samtaler, var de mest orienterede mod KRAM, mens sundhedsvejlederne og de medarbejdere, der ikke deltog i KRAM-aktiviteter, betonedede psykisk og social trivsel i deres sundhedsforståelser (ibid.).

I vores studenterprojekt kastede vi desuden lys over, hvilke muligheder projektet gav medarbejderne til at yde modmagt i relation til de sundhedsforståelser, der er i spil på arbejdspladsen. Vi fandt, at der var en række muligheder i de sundhedssamtaler, hvor sundhedsvejlederen var tro mod *Du bestemmer*-metoden, da der i metoden lå en fordring om, at sundhed var op til den enkelte at definere (Ajslev et al. 2009).

I forbindelse med projektskrivningens gennemlytning af samtlige 33 baselineinterviews, fik vi – inspirerede af Nanna Mik-Meyers artikel *Ledelse i intimsfæren: Sundhedsledelse og konstruktionen af overvægtige som risiko* (2008) – øje for marginaliserende tendenser ved at gøre sundhed til et anliggende for arbejdspladsen.

Vi valgte ikke at forfølge dette perspektiv i K1-projektet på arbejdslivsstudier, da konsekvenserne af de modsatrettede sundhedsforståelser ikke var blevet forfulgt i baselineinterviewene, om end de viste sig i glimt. Da vi fik mulighed for at forberede og udføre evalueringssamtalerne, fandt vi det derfor oplagt, at undersøge hvordan sundhedsprojektet påvirker medarbejdernes selvforståelse og fører til former for marginalisering.

### **Casen**

Ovenstående præsenterer de overordnede rammer og fund for hhv. forskergruppens projekt og vores eget studenterprojekt. Vi vil i metodeafsnittet redegøre for vores valg af empiri, som specialet tager udgangspunkt i, ligesom vi vil præsentere hele det empiriske materiale, der danner baggrund for vores viden om casen. Denne viden vil blive skrevet frem i afhandlingen, når den er relevant, men vil ellers ligge som en implicit erfaring og motivation for vores arbejde.

Empirien i specialet består overordnet set af 17 interviews med medarbejdere fra de tre psykiatriske arbejdspladser, som har været involverede i sundhedsfremmeprojektet. Af disse har vi udvalgt 5 interviews, som repræsenterer forskellige interessante perspektiver på medarbejdernes forhold til sundhed (se metodeafsnittet for uddybning om valg af interviews).



De tre arbejdspladser er vidt forskellige hvad angår både arbejdsmiljø, fysiske rammer og arbejdets indhold. Vi fokuserer i specialet på, hvordan sundhed former subjektiviteten, med udgangspunkt i koblingen mellem denne specifikke type af sundhedsfremme og det konkrete arbejde på de psykiatriske arbejdspladser. Vi vil derfor kort beskrive arbejdsforholdene, for at give læseren et indblik i den kontekst, empirien er produceret i. Oversigten baserer sig på det samlede interviewmateriale fra forskningsprojektet (Lund et al. 2010).

Arbejdet i psykiatrien betegnes på tværs af de tre arbejdspladser som særdeles uforudsigeligt, dels fordi patienternes reaktionsmønstre betegnes som uberegnelige, og dels fordi alle tre afsnit har en akutfunktion, hvorfor der uden varsel kan komme nye patienter. Uforudsigeligheden beskrives dog, sammen med følelsen af at gøre et stykke meningsfyldt arbejde, som værende tiltrækkende ved at arbejde netop i psykiatrien. Alle tre afsnit har helt eller delvist lukket funktion – kaldet høj skærm – hvilket medfører døgnbemanding, overvågning af ustabile patienter og fiksering af udadreagerende eller selvskadende patienter. Arbejdstidsplanlægningen beror på, at medarbejderne arbejder i treholdsskift. Og dette er sammen med høje kvantitative og følelsesmæssige krav, noget medarbejderne er mindre glade for, om end de betragter det som vilkår for arbejdet i psykiatrien. Et arbejde der handler om at hjælpe de allerdårligst stillede mennesker i samfundet, hvilket betegnes som meget meningsgivende (ibid.).

Især arbejdstempoet opleves over de seneste år som stigende som følge af lukning af kommunale psykiatriske tilbud og nedskæringer i psykiatrien generelt. Patienternes diagnoser er hovedsageligt skizofreni, grænsepsykose, depression, psykoser, mani-depression og anoreksi (ibid.). Som led i patientbehandlingen bruges miljøterapeutiske principper, der, som medarbejderne beskriver det, går ud på, at personalet søger at skabe rammer og muligheder for at indgå i relationer for patienterne. Det handler om at sætte grænser og forventninger til patienterne, så de kan opbygge erfaringer om og tro på, at de kan indgå i samfundet udenfor.

*Det lukkede afsnit* tager imod patienter, der er blevet vurderet til at være så meget til fare for dem selv eller andre, at de har brug for et lukket tilbud<sup>2</sup>. Patienterne bor ofte på afsnittet i længere tid ad gangen og kan være domsanbragte som følge af kriminalitet. Medarbejdernes arbejdsdage omtales som præget af vold eller trusler om vold, og langtidssygefravær som følge af voldsepisoder forekommer. Det beskrives som vigtigt, at der er tillid medarbejderne imellem, og at man som medarbejder kan løbe hurtigt og er stærk, så man kan skabe tryghed for sine kolleger.

*Det ungdomspsykiatriske afsnit* tager imod unge psykiatriske patienter, men har derudover et vist antal sengepladser reserverede til spiseforstyrrede, der beskrives som særligt behandlingskrævende. Det bliver af medarbejderne beskrevet som særdeles vigtigt med gode kollegiale relationer, da patienterne til tider bagtaler nogle medarbejdere, mens andre ophøjes (et fænomen der kaldes *splitting*). Derfor fremhæves supervision og mødet mellem medarbejdere som særdeles vigtige for at kunne skabe en harmonisk indsats over for patienterne (ibid.).

---

<sup>2</sup> Begrebet 'tilbud' kan diskuteres i denne sammenhæng, da det ikke altid er tale om frivillig indlæggelse. Men det er det begreb, medarbejderne bruger til at beskrive, hvilket arbejde de yder.

Endelig er der *det almenpsykiatriske afsnit*, som ikke er repræsenteret i de fem udvalgte interviews, men som indgår i vores generelle empirimateriale, hvorfor det også beskrives her: Afsnittet er et sengeafsnit, der tager imod psykisk syge, der har behov for et lavt eller højt skærmet tilbud. Arbejdspladsen var i projektperioden præget af, at der var ubesatte stillinger, og at to teamledere havde forladt arbejdspladsen kort tid forinden. Medarbejderne gav i høj grad udtryk for, at der var mangel på tidsmæssige ressourcer, hvorfor man havde svært ved at få holdt pauser i løbet af dagen og få talt med sine kolleger om såvel faglige som private ting. Sundhedssamtalerne i arbejdstiden var svære at få koordineret, men de blev oplevet som et kærkomment pusterum for deltagerne, når de fandt sted (Lund et al. 2010).

## 1.2. Problemfelt

At være sund synes i stigende grad at være vigtigt for den enkeltes evne til at leve et godt liv. I medierne findes talrige TV-udsendelser, avisartikler, magasiner, hjemmesider og oplysningskampagner, der udbreder budskabet om, at et kontrolleret forhold til kost, rygning, alkohol og motion er nødvendigt for at have det godt og for at undgå sygdom og tidlig død. Sammen med Chris McDonaldiseringen i medierne, er der opstået en industri, hvor coaches, konsulenthuse og sundhedsguruer tilbyder deres ekspertise i forhold vejledning af individer og virksomheder, der ønsker at fremme sundheden hos den enkelte privatperson/medarbejder. Sundhedsledelse er blevet en ny gren indenfor managementlitteraturen, og der udvikles ledelseskoncepter for håndtering af sundhedsforholdene på arbejdspladserne.

Tendensen mod øget bevidsthed omkring egen sundhed og viden om, hvordan man forbedrer denne, kan betragtes ud fra forskellige perspektiver. Forebyggelse og sundhedsfremme kan eksempelvis ud fra et samfundsøkonomisk perspektiv ses som en måde at spare samfundet for udgifter til sociale ydelser (som førtidspension og dagpenge) og sygdomsbehandling, ligesom de kan være med til at øge indtægter fra borgerne, der bliver længere på arbejdsmarkedet, har færre sygedage og kan arbejde mere effektivt.

Dermed opstår der en win-win(-win) situation mellem arbejdstager, arbejdsgiver og samfund, der alle har interesser i at forbedre folkesundheden: Medarbejderne får adgang til at leve op til idealer om sundhed, bevarer sin tilknytning til arbejdsmarkedet, bliver mindre hæmmet af sygdom og får større overskud i sin tilværelse til glæde for sig selv og sin familie. Virksomheden får mere effektive medarbejdere, der har færre sygedage, og samfundet forbedrer sin økonomi og konkurrenceevne i forhold til udlandet. Hvad er problemet?

I den kritiske arbejdslivsforskning ser vi flere eksempler på forhold, der er værd at have for øje, hvis man ønsker at vurdere betydningen af sundhedsfremme på individ-, organisations, og samfundsniveau. Forhold der betyder, at man ikke altid kan tale om en win-win situation.

### *Mennesker som ressource i en markedsøkonomi*

Grundlæggende er det værd at betragte en af forudsætningerne for at se sundhedsfremme som en god ting: At mennesket betragtes som en ressource i en markedsøkonomi, en ressour-

ce man skal pleje på lige linje med andre aktiver. En sådan betragtning har siden den første arbejderbeskyttelseslovgivning (Ugebrevet A4 2010) været gældende i et kapitalistisk samfund, men det interessante er i denne sammenhæng den ændring i håndteringen af mennesket som ressource, der synes at ske: Individet ledes i dag til selv at forbedre sin markedsværdi, hvor parametre som uddannelse, personlig udvikling og fleksibilitet anses som vigtige kvaliteter hos medarbejderen (Lund et al. 2008, Tynell 2001, Ajslev et al. 2008). I forhold til sundhedsfremme er det interessant, at virksomhedsledelsen ikke bidrager til den hensigtsmæssige sundhedsadfærd gennem opsatte krav til den enkeltes sundhedstilstand, men at man i højere grad opbygger en alliance mellem medarbejder og virksomhed gennem fortællingen om førnævnte win-win situation. Som denne rapport også vil vise, kan der ligge hårdere implicite krav til medarbejderen til grund for tilbuddene om hjælp, men disse præsenteres medarbejderen ikke altid for. Begreber som frivillighed, hjælp til selvhjælp og personlig udvikling anvendes i langt højere grad.

### *Konstruktionen af det gode liv*

Mens vores identitet i det førindustrielle samfund var afhængig af det liv, der blev os tildelt (Sennett 1999), lever vi i dag i et komplekst samfund, hvor det enkelte menneske fordres til selv at skabe det liv, han eller hun ønsker. Definitionen af det gode liv afhænger af, hvem du spørger, og det er muligt at finde anerkendelse for den måde, man lever sit liv, i subkulturer og i online fællesskaber (Gergen 2000). I vores tidligere arbejde har vi været meget optagede af, hvordan vi gennem kampen om anerkendelse (Honneth 2003, 2006) skaber vores selv, så det er i overensstemmelse med især vores arbejdsliv. Den meningstilskrivelse, der tidligere skete gennem ens religiøse overbevisning, slægten og ens håndværk, er – katalyseret af den teknologiske udvikling – blevet mere diffus og fragmenteret af en uendelig række af stemmer, der fordrer individet til at bøje sit selv i forskellige retninger (Gergen 2006). Arbejdet, familien og spiritualiteten skaber stadig mening, men den succesfulde fortælling om os selv, som sammenhængende hele mennesker, er vi selv ansvarlige for (Davies & Harré 1990).

Samfundsdiskurserne om anerkendelsesværdige valg er vigtige i forhold til, hvilke valg vi træffer, og vi har tidligere beskæftiget os med, hvordan blandt andet personlig udvikling og fleksibilitet rummer et stort anerkendelsespotentialer i arbejdslivet (Willig 2005, Lund et al. 2008, Honneth 2002, Ajslev et al. 2007, 2008). Ligesom sundhedsbegrebet kan disse anerkendelsespotentialer ses som udtryk for en vareliggørelse af mennesket og dets egenskaber, og ligesom vi tidligere har undersøgt, hvordan fleksibilitet og personlig udvikling påvirker individet, vil vi nu kaste lys på, hvordan tilskyndelsen til individuel sundhedsfremme reproducerer bestemte normer og værdier som værende positive gennem udelukkelse af andre.

### *Ulighed i sundhed*

Et eksempel på konsekvenser af forebyggelse og sundhedsfremme er først og fremmest, at sundhedstilstanden i befolkningen de seneste år er øget mærkbart. På 20 år (fra 88/89 til 08/09) er gennemsnitsalderen steget ca. 3 år for kvinder og ca. 4,5 år for mænd (Danmarks



Statistik 2010). Men samme opgørelse viser samtidig, at sundhedstilstanden fordeles ulige mellem landets regioner, ligesom tal fra 2007 viser, at uddannelsesniveau er en betydelig faktor for individets statistiske mulighed for at leve et langt liv og for at undgå sygdom (Kjøller et al. 2007). Når sundhed er forbeholdt de rige og højtuddannede, betyder det samtidig, at anerkendelsespotentialet forbundet med det sunde liv er forbeholdt disse grupper, mens dem, der i forvejen har ringere muligheder for at opnå anerkendelse gennem materiel rigdom og personlig udvikling, både risikerer at leve kortere med mere sygdom, samt risikerer social marginalisering pga. deres sundhedsadfærd/-tilstand (Mik-Meyer 2008, Nøhr 2009). Umiddelbart fremstår uligheden i sundhed som et stærkt argument for at fremme de lavtuddannedes sundhedstilstand, men vi ser det samtidig som et væsentligt perspektiv at problematisere selve den måde, hvorpå sundhedsidealene produceres i samfundet, hvor de i høj grad defineres af og appellerer til de højtuddannede med ressourcer til at imødekomme kravene. Problemet er ikke nødvendigvis en ulighed i sundhed, men en ulighed i definitionsmagt til at definere og imødekomme samfundets krav.

### 1.3. Problemformulering

Når sundhed er kilde til et langt og lykkeligt liv, bliver det relevant at overveje, hvilke konsekvenser ovenstående udvikling har for medarbejderne. Nærværende casestudie udgør et eksempel på win-win tænkende initiativer på tre psykiatriske arbejdspladser. Sundhedsfremmeprojektet er kendetegnet ved at gøre brug af tilbud, der er tænkt som ressourceskabende for medarbejderne og dermed for virksomheden. Men det er samtidig et signal fra virksomheden om, at noget bør ændres i en bestemt retning. Vi ønsker at undersøge, hvordan produktionen af sundhedsdiskurser muliggør forskellige subjektpositioner og marginaliserer andre. Problemformuleringen lyder således:

**Hvilke subjektpositioner er det muligt at indtage i forhold til sundhed for medarbejderne i psykiatrien? Og hvilke perspektiver marginaliseres i den sundhedsdiskurs, der produceres (gennem hhv. arbejdet og sundhedsfremmeprojektet)?**

### 1.4. Projektdesign

Problemformuleringen besvares i afhandlingens analysekapitel, og vi vil her redegøre for rapportens kapitler. Vi har valgt at operationalisere rapportens design ud fra en række arbejds spørgsmål, som vi her vil præsentere. Dels for at argumentere for afsnittenes kronologiske rækkefølge, og dels for at give læseren en fornemmelse af, hvad de enkelte afsnit skal kunne i forhold til besvarelsen af problemformuleringen.

#### 1. Indledning

I første afsnit har vi beskrevet de samfundsmæssige tendenser samt de organisatoriske forhold omkring sundhedsfremme, der er gældende i casen. Disse faktorer er med til at vise, hvorfor

vores problemstilling er relevant og interessant at arbejde med. Samtidig leder den indledende afsøgning af feltet frem til projektets problemformulering. Afsnittet søger dermed at svare på arbejdsspørgsmålet:

**Hvorfor er det interessant at studere sundhedsfremme i psykiatrien, og hvordan kan arbejdet med problemstillingen operationaliseres?**

## *2. Videnskabelse*

Vi arbejder ud fra poststrukturalistiske og konstruktionistiske teoretiseringer om, hvad viden er. Sprogets centrale betydning for både, hvilken viden man skaber i undersøgelsen af det sociale, og hvad viden gør, bliver udgangspunktet for rapportens videnskabsteoretiske, teoretiske og normative diskussioner. Dette er centralt i nærværende afhandling, da forståelsen af, hvordan vi kan erkende verden og derigennem producere viden, er grundlag for, hvordan vi kan forstå genstanden for vores videnskabelse og samtidig for, hvordan vi må vurdere gyldigheden af den viden, der produceres.

Af særlig interesse har forståelsen af, hvordan magt former subjektet, hvordan viden er situeret, og hvordan disse kontekstuelle forhold rummer potentialer for forskningens rolle i udviklingen af samfundet. Arbejdsspørgsmålene lyder:

**Hvordan må viden og subjektivitet forstås ud fra poststrukturalistisk teori?**

**Hvilken normativitet kan formuleres ud fra antiessentialistiske perspektiver?**

**Hvordan kan de teoretiske perspektiver bidrage til operationaliseringen af analysen?**

## *3. Metode*

Med udgangspunkt i vores teoretiske og videnskabsteoretiske forståelser, redegør vi i metodeafsnittet for vores overvejelser omkring empiriproduktionen. Først opstiller kriterier for vurdering af rapportens gyldighed, hvorefter vi præsenterer vores overvejelser omkring produktion og behandling af empiri. Her forholder vi os blandt andet til, hvordan vi indgår i relationer til medarbejderne i casen, ligesom vi forholder os til, hvordan resultatet af denne interaktion – empirien – kan operationaliseres ud fra vores teoretiske og metodiske overvejelser.

**Hvilke overvejelser gøres i forhold til produktionen af empiri?**

**Hvordan formuleres en analysestrategi ud fra videnskabsteoretiske og teoretiske perspektiver med udgangspunkt i den producerede empiri?**

#### *4. Analyse*

I analyseafsnittet analyseres den empiri, der skal besvare problemformuleringen. Metodeafsnittets operationalisering af analysen betyder, at vi i læsningen af empirien konsekvent stiller en række spørgsmål til empirien, for at udfolde relevante perspektiver omkring problemstillingen. Følgende spørgsmål er hovedformuleringerne og skal læses i forlængelse af problemformuleringen:

**Hvordan italesættes forskellige forhold på arbejdspladsen og hvordan gøres disse forhold betydningsfulde for medarbejdernes subjektivering?**

**Hvordan positioneres medarbejderne gennem italesættelsen af forskellige forståelser og tilstande af sundhed?**

**Hvordan bruges sproget til at forme sundhedsforståelserne og -handlingerne?**

#### *5. Konklusion*

I konklusionen samler vi hovedpointerne fra analysen i en mere kortfattet besvarelse af problemformuleringen.

#### *6. Perspektiverende diskussion*

Afslutningsvist vil vi diskutere, hvordan vores videnskabelse aktualiserer perspektiver for det videre arbejde med videnskabsteori og teori såvel som sundhedsfremme i andre kontekster. Arbejdsspørgsmålet er:

**Hvilke nye perspektiver og spørgsmål rejses gennem specialets videnskabelse?**

## **2. Videnskabelse**

I vores arbejde motiveres vi af tanken om at bidrage til forståelse og forbedring livsbetingelserne for mennesker – en motivation, der ekspliciteres af mange inden for vores felt (Hvid & Møller 1992, Nielsen & Svensson 2006, Hvid & Lund 2003, Krøjer 2006, Haraway 1991, Gergen 2000, Honneth 2006).

Både arbejdslivstraditionen, som vi blandt andet ser den på Roskilde Universitet, og det postmoderne projekt rummer således et normativt argument, i det der lægges vægt på et fælles bedste. Når man anlægger poststrukturalistiske perspektiver, mener vi, at det er relevant at forankre normativiteten teoretisk i den subjektivering, individet indgår i. Fordi dette fælles bedste, vi med vores normativitet søger, må tage udgangspunkt i en forståelse af mennesket som formet af sin sociale sammenhæng. Formningen af individet gennem dets socialitet sker



gennem to processer, som er indbyrdes afhængige. For det første sker subjektivering gennem magten, som den blandt andet præsenteres hos Foucault (1978). Men det er desuden nødvendigt at opstille et mål for magtudøvelsen; at inddrage en subjektforståelse, der redegør for årsager til magthandlinger. Vi vil i dette afsnit opstille en subjektforståelse, der forstår social handling som produkt af de overlappende relationer mellem sprog, magt, viden og subjekt (ud fra Stormhøj 2006, Foucault 1978, 1983, 2005, Haraway 1991, Gergen 2001, McNay 2008, Daves & Harré 1990). Opstillingen af denne subjektforståelse bygger på videnskabsteoretiske og teoretiske argumenter, som vi finder relevante at beskrive for at give læseren tilstrækkeligt indblik i specialets videnskabsteori, subjektteori og normativitet.

De videnskabsteoretiske og teoretiske perspektiver, der opstilles i forbindelse med vores diskussion af subjektivitet og normativitet, tjener desuden til at strukturere behandlingen af den empiri, der produceres i arbejdet med specialet, hvilket vi som nævnt vil vende tilbage til i kapitel 3. Vi vil ikke tilbunds gående udfolde alle forskellige positioner inden for de traditioner, vi trækker på, men fremdrage nogle centrale pointer, der har haft betydning for specialets videnskabelse.

## **2.1. Et socialkonstruktionistisk og poststrukturalistisk grundlag**

For at kunne arbejde med sundhedsfremme som henholdsvis diskursivt og konkret udført fænomen, er det vores opfattelse, at vi må redegøre for den position, vi selv indtager i forskningen. I arbejdet med hvilken som helst problemstilling, trækker vi på socialkonstruktionistisk og poststrukturalistisk teori, hvilket skaber nogle særlige rammer for, hvordan fænomener må betragtes som historisk og kontekstuelte situerede (Haraway 1991, Gergen 2001). For at optegne disse rammer, er det som udgangspunkt relevant at beskæftige sig med sprogets konstituerende kraft, et perspektiv der er centralt i poststrukturalistisk og socialkonstruktionistisk tænkning.

### ***Den sproglige vending***

Det er inden for poststrukturalismen en gennemgående præmis at se sproget som til stadighed diskursivt konstituerende for erkendelsen. Dette har sit ophav i forskellige sprogfilosofiske betragtninger, der kan siges at beskæftige sig med sammenhængen mellem virkelighed, sprog, erkendelse og subjekt.

Et centralt bidrag til denne strømning har udgangspunkt hos den schweiziske strukturalistiske lingvist Ferdinand de Saussure (1857-1913). Saussure udarbejder en kritik af den tidligere referenceteori om sproget, der hævder, at ord får deres mening ved at henvise til objekter i den virkelige verden; at der så at sige er en naturlig sammenhæng imellem ord og objekt. I modsætning hertil fremstiller Saussure en strukturel teori, der betragter sproget som systemer af tegn. Det enkelte tegn får her ikke sin betydning i relation til sig selv men ved at indgå i udelukkelses- og sammenhængsrelationer til andre tegn. F.eks. har ordet *hund* ingen betydning i

sig selv men får betydning ved at hænge sammen med blandt andet *dyr* og *pels* og adskiller sig fra eksempelvis *kat* og *vinger* (Stormhøj 2006).

Tegnets betydning kan på grund af dette kun bestemmes ved at betragte selve sprogets struktur, der består af en uafhængig enhed af forskelle og sammenhænge mellem tegn. Det enkelte tegn består hos Saussure af to dele: Begrebet – det betegnede (*signifié*) – og lyden – det betegnende (*signifiant*). Et tegn består således af lyden, der fremkalder et billede i psyken eksempelvis *fisk*, og begrebet, dvs. tegnets betydningsindhold; alt det der i bevidstheden karakteriserer *fisk*. Imellem disse er der en én til én korrespondance, fordi sproget er underlagt en *konvention*. Saussure betoner, at forholdet mellem lyd og begreb er af tilfældig oprindelse, men at der i sproget opstår enigheder, der bliver grundlæggende for de interne sammenhænge i tegn (ibid.).

Denne tilfældige sammenhæng betyder, at tegnet kan anses som bestående af lyde, der refererer til begreber og ikke til objekter ude i virkeligheden. Sproget er således et selvreferentielt system, hvor indholdet bestemmes ved de begreber, sprogbrugen udtrykker, og hvor begreberne ikke erkendes uafhængigt af sproget. Dette betyder endvidere, at tænkning først får struktur, når den forbindes med sproglige udtryk og sættes ind i en bredere sprogstruktur. Der er således en uvilkårlig sammenhæng mellem sprog og tænkning. Dette ræsonnement kan kobles med relationen mellem sprog og virkelighed, hvilket medfører, at virkeligheden først antager struktur og form i erkendelsen, når der lægges en sprogstruktur over den. Saussure anser sprogbrug (*la parole*) og sprogstruktur (*la langue*) som forskellige genstande (som kan undersøges). Disse anses for adskilte ved, at *la langue* på et givent tidspunkt danner et fast grundlag for kollektivt sprogbrug, hvorimod *la parole* anses som situationsbestemt og individuelt (ibid.).

Den algerske/franske filosof Jacques Derrida (1930-2004) bygger med sin *différance*-filosofi videre på Saussures tænkning, men gør op med dennes logocentrisme. Dette medfører ændringer på to centrale punkter. For det første opløser han distinktionen mellem betegner og det betegnede. Derrida argumenterer for, at de to forvandles til hinanden i det uendelige. Dette betyder, at der ikke er nogen endelig betegnet, da betegner og betegnet til stadighed ændrer position og spiller ind på hinanden. Dette uddybes gennem den anden ændring; skellet mellem sprogbrug og sprogstruktur opløses. Betydningen af sproget er af glidende og ustadig karakter – den samme betegner karakteriserer og karakteriseres af mange betegnede. Specifikke tegnere kan ikke låses i forhold til betegnede. Det enkelte tegns betydning kan derfor ikke endeligt fastlåses, men kan karakteriseres ved næsten uendelige rækker af betegnede, der dog – i større eller mindre grad – muliggøres inden for konventionerne. Ved *différance* skal forstås den aktivitet, hvormed betydningen af tegn konstant relaterer sig i forhold til andre tegn ved en forskelssættende/udsættende bevægelighed i betydningsdannelse. Denne aktivitet indebærer, at der ikke er nogen betydning, der kan være selvidentisk, der kan ikke være nogen betydninger uden relationer til noget andet (ibid.). Dette afstedkommer et filosofisk argument hos Derrida, her fremsat af Christel Stormhøj:

Tingen i sig selv lader sig ikke repræsentere, eftersom selve repræsentationen implicerer, at tingen ikke længere er identisk med sig selv. Teksten omfatter det

'virkelige'. Adgangen til virkeligheden er gennem teksten. Virkeligheden kommer hverken før teksten eller kan begribes uafhængigt af teksten. Samtidig skal tekstbegrebet opfattes i en meget omfattende betydning, nemlig som konteksten, den baggrund for erkendelse, som ikke lader sig fuldstændig bestemme. Derridas position er altså, at der er noget 'derude', men at det kun kan begribes gennem teksten, som samtidig indbefattes af konteksten – de historisk, specifikke betingelser for erkendelse.

(Stormhøj 2006, 152)

Med forståelsen af, at virkeligheden begribes via reference til sprogligt konstituerede begrebsrammer, lægges grunden til en poststrukturalistisk antifundamentalisme. Denne kan udfoldes via den østrigske filosof Ludwig Wittgensteins (1889-1951) sprogspilteori, der klargør, at sprogbrug udvikles i forskellige fællesskaber. Derfor vil kontekster for erkendelse være forskellige og perspektivere mulighederne for erkendelse. Når opfattelsen af verden er kontekstuel afhængig, bliver det erkendende subjekt ligeledes en komposition af historiske og kontekstuelle betingelser. Dette står i modsætning til en forståelse af subjektet som transcendentalt bekuende eller i stand til at opnå en fornuftsbaseeret erkendelse af virkeligheden (ibid.).

Den australske poststrukturalistiske teoretiker Bronwyn Davies (1945-) og den newzealandske filosof og psykolog Rom Harré (1927-) beskriver i denne sammenhæng et *immanentisk* perspektiv frem for forståelsen af den fastlåste sprogstruktur. I stedet for at se den menneskelige produktion som et resultat af implicite regler og normer (*la langue*), argumenterer de, ligesom Derrida, for at se disse regler som eksplicite formuleringer af den normative orden (*la parole*) – immanente i den konkrete sproglige produktion. Disse formuleringer bygger på konkrete nutidige og fortidige samtaler, som har betydning for vores subjektivitet, men som samtidig er kontekstuel formulerede og fortolkede. Grammatik udgør således ikke en potent psykologisk realitet, der former syntaktiske regler: Det er specialisters måde at fortælle andre, hvordan de skal tale og skrive, hvilket Davies og Harré søger at gøre op med. Fordelen ved denne poststrukturalistiske forståelse af sproget er, at den udgør en forståelse af diskurser som både formende den sociale praksis, men samtidig betoner muligheden for selvstændige valg i relation til disse praksisser (Davies & Harré 1990).

Selve betydningen af sprogets konstituerende karakter for forståelsen af subjektivering og dermed af handling, vender vi tilbage til senere i dette afsnit, hvor vi gennem udfoldelsen af poststrukturalistisk subjektteori formulerer dennes betydning for analysen. Først vil vi uddybe relationerne mellem sprog, magt og videnskab, der er centrale for senere at kunne fremstille forståelsen af videns situering i konteksten og følgende den perspektiverede optik på genstandsfeltet samt formuleringen af en forskningsmæssig normativitet.

### *Sprog og viden*

Den sproglige vending betyder, at sproget betinger rammerne for vores erkendelse. Pointen er imidlertid, at sproget ikke er neutralt. Sproget ses som en aktivitet, der gør noget – bevirker noget. Ikke som en neutral, gennemsigtig formidler af mening, der afspejler virkeligheden. I



fortolkningslæren hos den tyske filosof Friedrich Nietzsche (1844-1900) argumenteres for, at menneskets vilje til at mestre verden og at tilskrive den mening gør, at sproget bliver betydningsproducerende. Erkendelse og sprogliggørelsen heraf kommer fra et perspektiv og har noget for (Stormhøj 2006).

Den britiske sprogfilosof John Austin (1911-1960) nærmer sig sprogets producerende karakter ved at gøre op med forståelsen om, at sproget kan bruges til neutralt at erklære noget. Han udtrykker, at sproget ikke bare er konstituerende, det bruges også til at skabe noget; at handle. En ytring om noget er en *performativ* (handling) (Austin 1975, Stormhøj 2006) eller *talehandling* (Austin 1975, Davies & Harré 1990), når den skaber og sætter det ind i virkeligheden, som den benævner. Det betyder, at den sproglige produktion af betydning og indhold i vores verdensforståelse ikke bare er tilfældig, men at den beror på talehandlinger, dvs. magthandlinger.

Ud fra argumenterne om sprogets konstituering og den perspektiverede betydningsdannelse, bliver det Nietzsches argument, at både mennesket og dets viden er historisk aflejlrede og derfor hverken er stabile eller konstante. Fordi viden således er historisk kontingent og påvirkes af menneskets menings- og værditilskrivelse, som igen konstitueres af den sproglige begrebsliggørelse, bliver sandhed følgende perspektiveret og situeret i konteksten (Haraway 1991, Stormhøj 2006). Der er i den måde, vi forstår sproget, desuden et skel mellem intentionalitet og fortolkning: Et udsagn bliver en talehandling i den udstrækning, det bliver modtaget af modtagerne. Dette gør, at hvad der bliver sagt udvikler og forandrer sig, efterhånden som samtalen udspiller sig, og at der i enhver ytring foregår mange talehandlinger, ligesom ingen fortolkning er modsigelsesfri. Der er således en produktiv sammenhæng mellem talernes positioner, og med hvilken kraft deres udsagn modtages som gyldig i den konkrete samtale (Davies & Harré 1990).

## **Magt**

Når viden således må forstås som konstrueret i kontekster og som resultat af magthandlinger, bliver det relevant at forstå magtens form, og hvordan magten virker, samt hvad den virker på. Den forståelse af magt, vi abonnerer på, udspringer i store dele af den franske filosof Michel Foucaults (1926-84) perspektiver på emnet.

Hvordan *kan* vi så forstå magt? Magt sker i alle relationer og tager form i diskurser, institutioner, kulturer, teknologier og – som nævnt – i udsagn om objektivitet eller videnskabelighed. Magten konstituerer sandheden, der gøres gældende et bestemt sted – på et bestemt tidspunkt. Koblingen mellem viden og magt griber ind i hinanden, fordi begreber om viden er definerende for, hvordan vi tænker og ønsker at handle. Vores begrebsrammer sammensættes af de mange ytringer<sup>3</sup>, vi konfronteres med overalt, hvor vi kommunikerer og interagerer med vores omverden. Denne påvirkning af tænkning, handlemåde, selvforståelse og adfærd – med

---

<sup>3</sup> Med begrebet ytring henvises til Foucaults anvendelse af begrebet, som en betegnelse for enhver *talehandling*, uafhængigt af indhold (Foucault 2005).

Foucaults terminologi; *subjektivering* – sker på baggrund af subjektets vurdering af sit selv i forhold til udefrakommende ønsker, forventninger eller normer (Foucault 1978, 1983).

Magt skal i denne sammenhæng ikke nødvendigvis forstås som besiddet af bestemte grupper men nærmere som noget flydende, der er genstand for konstant forhandling, og som opstår i og mellem kontekster; i kraft af sprogets relationelle karakter. Alligevel kan magt i mange tilfælde iagttages som socialt rekonstruerede strukturer, der gør visse hierarkiske og samfundsmæssige positioner eller standpunkter i stand til at udøve magt i forhold til hinanden (Foucault 1978). Der er med magt og distribueringen af denne ikke tale om forhold, som i sig selv kan betegnes som positive eller negative. Magt bliver i denne optik at betragte som et begreb til at forstå vilkårene for social handling. Magt er både produktiv og nedbrydende, og anvendelse af magtoptikken er relevant for at se, hvilke konsekvenser, de sociale dynamikker (i dette tilfælde sundhed og sundhedsfremme) har.

Foucault påpeger staten som en – i samtiden – særligt central magtaktør, som alle andre former for magt må referere til. Selv om begrebet magt (og udøvelsen af denne) har grundlag i al socialitet og ikke bare i institutioner eller hos magthavere, er større og større dele af både det sociale og det individuelle liv underlagt statslig regulering. Dette set i modsætning til tidligere historiske tider, hvor staten næsten udelukkende beskæftigede sig med reguleringen af liv og død samt frihed og fangenskab – i snævre betydninger (Foucault 1978). Dette er ikke, fordi alle magtrelationer stammer fra staten, men fordi magtrelationer i højere og højere grad er kommet under statslig kontrol (Foucault 1983).

### *Bekendelsens magtform*

Af særlig interesse for vores analyse af produktionen af sundhedsdiskursen hos medarbejderne i casen, er Foucaults begreb om bekendelsens magt (pastoralmagt) der i høj grad karakteriserer den måde, selvledelse implementeres under senmoderne virksomhedsledelse. I tidligere historiske tidsaldre legitimerede mennesker deres juridiske troværdighed, deres status og identitet i samfundet gennem henvisning til familie, venner og andre relationer. Men siden middelalderen har bekendelsen, i form af individets henvisning til sin egen sandfærdighed, været en af de højest vurderede metoder for produktionen af sandhed. Inden for næsten alle af samfundets og livets aspekter, anvendes bekendelse som kommunikationsmiddel for sandheden. I retssystemet, i kærlighedsforhold, under tortur, såvel som til sin læge, sundhedsvejleder eller chef bekendes i et væk:

[...]det forekommer os[...], at sandheden i vort allerhemmeligste ikke >>søger<< andet end at komme for dagen, og at hvis sandheden ikke kommer, er det fordi en tvang holder den tilbage, fordi en magt øver vold mod den, og at den ikke vil kunne artikulere førend en slags frigørelse endelig indtræffer.

(Foucault 1978, 71)

Foucault identificerer ophavet til behov for bekendelse i tidligere kristne bud om at bekende sine synder, som til stadighed aktualiseres i samtiden. Bekendelsen foregår dog ikke længere til

pastoren, men til samtalepartnere eller til individet selv, der afkræver, pålægger eller værdsætter individets bekendelse og følgende dømmes, retfærdiggør, værdsætter, anerkender eller trøster den bekendende. Denne bekendelse giver – uafhængigt af resultatet – hos den bekendende, en indre følelse af retfærdiggørelse, frelse eller renselse på grund af sandhedens løsning (Foucault 1978). Følgende den (selv)undersøgelse, subjektet gennemgår, underlægges individet for (selv)ledelse ved at vurdere og få vurderet sit selv i forhold til diskurserne og derved gennem søge en forbedring af sin adfærd (Foucault 1983).

Den australske narrativ-psykolog Michael White, der er inspireret af Foucault, udtrykker i forhold til ovenstående, at traditionelle former for magt opererer gennem en forestilling om moralsk bedømmelse (ud fra hvilken folks handlinger kan være gode eller dårlige, moralske eller umoralske) og gennem tvangsstrukturer. Moderne magt virker derimod mere subtilt og indirekte, ved at få folk til selv at vurdere deres eget og andres liv ud fra socialt konstruerede normer. På denne måde fremstår folks afvigelser som målestok for værdi eller mangel på samme. Magten kommer således til at forme menneskers liv til at reproducere samtidens normer gennem gensidig normaliserende vurdering. Vi bliver derfor som samfundsindivider hovedaktører i magtens reproduktive kraft (White 2004).

Bekendelsen har dermed central optik i den måde, vi i almindelighed betragter sociale relationer, hvilket er af særlig interesse i vores undersøgelse af produktionen af subjektpositioner – i denne sammenhæng i relation til sundhed: De sundhedsfremmende initiativer motiverer netop til selvledelse gennem begreber som frivillighed, ansvarlighed og lyst i en sundhedssamtale, der i høj grad trækker på bekendelse.

### *Produktionen af viden*

Med udgangspunkt i ovenstående redegørelser om sprog og magt bliver vores viden afhængig af, hvilke (magt)relationer vi er en del af, og den baggrund, vi træffer beslutninger på, bliver følgende et resultat af magtpåvirkninger. Hvad, vi anser som værende viden, bliver således også reproducerede italesættelser af magt ud fra en perspektiveret, historisk situeret baggrund. Denne erkendelse af viden som produkt af vores socialitet og læring kan anvendes til at udfordre og kvalificere videnskabeligheden.

I Foucaults optik bliver viden skabt i videnskabelige *discipliner*, der er karakteriserede ved et afgrænset genstandsfelt, metoder, teknikker og værktøjer, regler og definitioner samt en række særlige sandhedspåstande, der har vundet accept. Discipliner er således at forstå som horisonter, der begrænser og definerer, hvad der overhovedet kan komme på tale som viden (Foucault 2005).

De videnskabelige discipliner skabes under de historiske betingelser, de optræder i. Med begrebet *episteme* indkredser Foucault den givne historiske tankestruktur, som en forening af

*diskursive praksisser*<sup>4</sup>, der er definerende for, hvad der overhovedet kan erkendes, erfares og begrebsliggøres som videnskabelig viden på et historisk specifikt tidspunkt. Det er de formationsregler, der ligger til grund for, hvad der meningsfuldt kan konstrueres som viden på et givent tidspunkt. Epistemet skal forstås som et uendeligt felt af relationer, der ikke er faste men underlagt gradvis forandring. Alligevel er det muligt at undersøge de relationelle sammenhænge mellem videnskaber og diskursive praksisser ved at se på tvangsforhold og begrænsninger, der gør sig gældende i diskurser (Foucault 2005).

For at slippe fri af disse normative erkendelseskonstruktioner, søger Foucault at fokusere sin forskning på undersøgelsen af diskurser og disses historicitet. Foucault taler om, at *diskursobjekter* dannes gennem *diskursiv formation* betinget af dets *formationsregler*. Enheder som lægevidenskaben, økonomien mv. afhænger således af en række (sociale og historiske) forhold, der udgør betingelserne for deres eksistens og formning. Med vidensarkæologien sigter han på at fremdrage de usagte, ikke-bevidste formationsregler, der skaber og regulerer det, der kan kaldes videnskabelige udsagn. Fokus er at se på det, der i diskurserne udelades eller udelukkes (ibid.), hvilket udgør en central drivkraft i poststrukturalistisk tænkning (Haraway 1991, Stormhøj 2006, Krøjer 2006, Søndergaard 1999, Davies og Harré 1990).

I denne forbindelse kan det være relevant at præsentere, hvilken forståelse af diskurs og dermed viden, vi trækker på:

In this context a discourse is to be understood as an institutionalised use of language and language-like sign systems. Institutionalisation can occur at the disciplinary, the political, the cultural and the small group level. There can also be discourses that develop around a specific topic, such as gender or class. Discourses can compete with each other or they can create distinct and incompatible versions of reality. To know anything is to know in terms of one or more discourses.

(Davies & Harré 1990, 23)

Dette fokus på det illegitime eller u-sagte i diskurserne vil også være bidragende til vores udformning af en normativ forskerposition. I det følgende vil vi fremstille argumenter for, hvordan de ovenfor redegjorte begreber om sprogets og derved historicitetens og kontekstens konstitution af erkendelsen – på baggrund af magtfulde indslusninger og afgrænsninger af diskursive objekter – må indfanges i videnskabelige praksisser, der tager udgangspunkt i konteksten. Ikke fordi vi ønsker at undersøge, hvordan en økonomisk-medicinsk sundhedsdiskurs er opstået men for at argumentere for, hvordan sundhed og sundhedsfremme ligesom andre begreber skal ses i relation til en vidensproduktion, som konstant formes af og former subjekterne i konteksten. Ydermere vil vi komme ind på, hvordan der må redegøres for de afgrænsede perspektiver, der guider specialets analysefokus.

---

<sup>4</sup> Med diskursiv praksis forstås enhver social praksis, der skaber diskurs (Foucault 2005). Davies og Harré bruger diskursiv praksis som begreb for alle de måder, folk aktivt producerer sociale og psykologiske virkeligheder (Davies & Harré 1990). Vi anvender de to udlægninger synonymt.

### *Situeret viden(skab)*

Hos den poststrukturalistiske, feministiske biolog og videnskabsfilosof Donna Haraway (1944-) genfinder vi kritikken af den meget afgrænsende, disciplinstænkte produktion af viden, som også Foucault fremsætter. Historisk set, har den positivistiske, laboratorieskabte viden haft en privilegeret position til at kunne fremsætte videnspåstande, der opfattes som objektive fakta. Opfattelsen af denne vidensposition beror på en forestilling om at kunne afgrænse det vidende subjekt (forskeren) fra alt, der har med genstandsfeltet at gøre: At kunne skabe en position eller en synsvinkel, fra hvilken det – gennem de disciplinskabte redskaber, definitioner og metoder – er muligt at beskue og beskrive genstanden – umærket af perspektiv og subjektivitet. Det er således en position, der afskriver betydningen af sprogets og derigennem kontekstens såvel som magtrelationers indvirkning på produktionen af viden, hvilket Haraway ønsker at gøre op med (1991):

In any case, social constructionists could maintain that the ideological doctrine of method and all the philosophical verbiage about epistemology were cooked up to distract our attention from getting to know the real world effectively by practicing the sciences. From this point of view, science – the real game in town, the one we must play – is rhetoric, the persuasion of the relevant social actors that one's manufactured knowledge is a route to a desired form of very objective power.

(Haraway 1991, 184)

Ud fra denne betragtning bliver videnskabelsen et retorisk magtmiddel til at overbevise andre om, at ens skabte viden er den sande. Viden er således kondenseret ud fra forhandlinger i et felt af sprogligt medierede aktører. Resultatet er effektive objekter som mikrober, kvarker og gener. Men disse objekter rummer ikke en intern lov eller sammenhæng, der er uafhængigt af sproget – de er midlertidige forklaringer, som er blevet til på baggrund af handlinger af anerkendelse og miskendelse. Haraway ønsker i stedet for at være fanget i de mange og altid historisk specifikke medieringer, vi forstår verden gennem, at komme tættere på objektiviteten. En objektivitet, der hverken er et resultat af retoriske magtspil eller positivistisk reduktionisme. Ifølge Haraway er det væsentligt at undgå den umærkede videnskabelige objektivisme, da det traditionelt forbindes med en forståelse af vidensobjekter, der er passive og inerte – som resultatet af en fikseret og determineret verden baseret på vestlig instrumentalisme. Men man kan også vælge at se vidensobjekter som facader for (ofte dominerende) interesser. I så fald bliver vidensobjektet til en aktør – ikke blot et produkt af den vidende. Objektet er med til at reproducere sin skaber (ibid.).

For at opnå denne objektivitet må vi anskue alle optikker som kropsliggjorte – som perspektiverede. Objektiviteten må sammenkædes med vores teoretiske og politiske perspektiver, for at vi kan redegøre for det psykiske og fysiske 'sted', fra hvilket vi ser verden. På denne måde kommer objektivitet til at handle om perspektiveret og specifik kropslighed – om *situeret viden*: Viden der har gyldighed, og rummer sandhed ud fra gennemskuelige, præciserede og afgrænsede perspektiver (ibid.).



Ved at se alle analysestrategier og fortolkninger som perceptionssystemer, der hver især tilbyder forskellige fortolkninger og *måder* at se verden på, kan vi forstå teorier og forklaringsrammer som afgrænsede optikker på de fænomener, der undersøges. Vi ser således vores anvendte teori som forståelsesrammer – eller perspektiver – der til enhver tid må og kan tages op til revision. Ligeledes kan det afgrænsede perspektiv kaldes til regnskab for de forståelser, der fremstilles. De indslusninger og afgrænsninger, som også Foucault beskriver (2005), klarlægges i højere grad, og det bliver muligt at se, hvor afgrænsningerne er foretaget.

## 2.2. Kritik af socialkonstruktivismen

Selvom kritikken af postmodernistisk teori ikke er en del af vores argumentationsrække, finder vi det væsentligt at forholde os til kritikken af den videnskabelighed, vi abonnerer på. Kritikken kan ses som et billede på, hvordan det inden for et essentialistisk episteme virker uforståeligt at have sprogets relationelle karakter som ontologisk grundlag.

En central kritik af socialkonstruktivistisk og poststrukturalistisk videnskabsteori er således, at når sandhed kontekstualiseres og er en historisk betinget diskursiv formation, bliver alting relativt. En kerne i denne kritik kan fremvises gennem læsning af filosof David Favrholdt (1931-), der søger at fremstille en filosofisk kritik af socialkonstruktivisme. For blot at diskutere dele af den fremsatte kritik vil vi kort diskutere enkelte af Favrholdts kritikpunkter samt inddrage enkelte andre perspektiver, vi mener, er relevante at forholde sig til i vores refleksioner over poststrukturalistisk og socialkonstruktivistisk videnskabsteori.

I artiklen *Social konstruktivisme - marmortempel eller sandslot?* (Favrholdt 2001) monterer Favrholdt sin kritik af konstruktivisme på baggrund af en distinktion mellem to styrker af socialkonstruktivisme; en svag og en stærk. Allerede i sin indholdsdefinition og distinktion mellem de to socialkonstruktivismen foretager Favrholdt noget, der ud fra dette speciales teoretiske rammer og vores kendskab til socialkonstruktivismen, må karakteriseres som fejlslutninger. Han beskriver således, at *"den svage version går ud på, at en række institutioner i samfundet er blevet til og skal forklares alene ud fra sociale/sociologiske årsager"*. Og videre, at *"[d]en stærke version, [...] går ud på, at ikke blot de nævnte institutioner men også samtlige videnskabelige resultater og opdagelser er sociale konstruktioner"* (ibid.). Hermed lægger han sig op ad det, der af andre defineres som hhv. moderat og radikal konstruktivisme (Collin 2003) eller erkendelsesteoretisk og ontologisk konstruktivisme (Wenneberg 2000, Rasborg 2004).

I modstrid med, hvad vi ud fra Saussure og Derrida har skitseret i gennemgangen af den sproglige vending, konkluderer Favrholdt, at man i den svage version forestiller sig, at der ikke er nogen sammenhæng mellem en egentlig eksistens, og de forhold der kendetegner vores samfund:

I stedet for at studere sprogenes udviklingshistorie eller ordenes betydningsmæssige indhold eller begrebsomfang skulle man studere selve sproget som en strukturel dannelse – i udgangspunktet uden at skele til, hvad sproget handlede

om. Det medførte den opfattelse, at sproget så at sige kommer før virkeligheden i den forstand, at vi strukturerer virkeligheden ud fra sproget.

(Favrholdt 2001)

Ovenstående citater vil vi karakterisere som det grundlæggende udgangspunkt for Favrholtts kritik. På baggrund af dette har han forskellige rækker af argumentationer for, hvorfor idéen om, at sproget kommer *før* virkeligheden, samt at samfundets institutioner *alene* skulle forklares ud fra sociale/sociologiske årsager, leder til absurditeter (Favrholdt 2001). Denne logiske deduktion er vi for så vidt er enige med ham i, i og med at en sproglighed uden forbindelse til de fysiske realiteter er svært at argumentere for. Problemet med Favrholtts kritik er imidlertid, at socialkonstruktivismen ikke hævder, at sproget eksisterer uafhængigt af den fysiske virkelighed.

Som specialestuderende må vi vedkende os ikke at have et fuldstændigt overblik over alle socialkonstruktivistisk inspirerede forfattere, men ud fra de opstillede teoretiske argumenter bliver det klart, at Favrholt – i sin iver efter at gøre et godt stykke arbejde – tager munden en smule for fuld. For at starte med det sidste kritikpunkt, har vi gennem Derrida redegjort for, hvordan erkendelsen af virkeligheden kommer på samme tid som den sproglige begrebsliggørelse. Ikke før, men heller ikke efter. Det er rigtigt set, at man inden for socialkonstruktivismen anser udformningen af samfundets institutioner for at være produkter af sociale processer. Men der er stor forskel på at se udformningen af disse som værende socialt konstruerede og potentielt anderledes og at se dem som opståede uden egentlig sammenhæng med nogen behovsmæssige eller samfundsmæssige funktionaliteter, hvilket er det, Favrholt videre deducerer sig frem til, må være de sociale konstruktivismers ærinde (ibid.).

En anden kritik af poststrukturalismer/socialkonstruktivismen formuleres af lektor i økonomisk og politisk teori Nils Bredsdorff. Kritikken går på, at konstruktivismen i deres opgør med den kritiske rationalisme hævder, at alt er fortolkning. Kritikken går ud på, at når alting er konstrueret, behøver man ikke at forholde sig til metodeproblemer eller kildekritik. Når kilden er konstrueret, og der ingen kilder er derude, immuniserer socialkonstruktivismen sig mod kritik, hvorved den sætter sig uden for det videnskabelige arbejdes begrundelse: At skabe kritiserbar og rationel viden (Bredsdorff 2008 med henvisning til Finn Collin). Som vi også i vores metodeafsnit kommer ind på, er der i høj grad en indlejret kritik i dekonstruktionen af de sociale strukturer. Og netop fordi der ikke er én endelig vej til at skabe evige sandheder gennem metodiske dogmer, stiller det krav til strategien for den konstruktivistiske analyse, hvor forskeren må forholde sig til sin egen og empiriens subjektivitet. Som Bredsdorff med henvisning til Umberto Eco skriver, er der tale om mere eller mindre dårlige fortolkninger, selvom alt er fortolkning (Bredsdorff 2008). Der, hvor Bredsdorff efter vores mening har en pointe er, når han hævder, at konstruktivismen bliver sat uden for det videnskabelige arbejdes begrundelse. Ikke fordi konstruktivismen ikke deler forsknings- og videnskabsministeriets ambition om at skabe samfundsmæssig nyttig viden (om end med anden begrundelse, se eksempelvis Krøjer 2006), men fordi det ser ud til, at forståelsen af konstruktivismen som ukritisk, antirationalistisk og relativistisk bliver italesat af dens kritikere. Hans pointe referer ligesom hos Favrholt til et videnskabeligt episteme, hvor der anlægges universelle holdninger til, hvornår noget er viden-

skabeligt. Vi vender tilbage til, hvordan poststrukturalismen i høj grad er en kritisk disciplin i vores metodiske overvejelser. Vi lader dette citat af selveste Karl Popper stå:

Jeg foreslår, at vi ... opgiver ideen om de yderste kilder til erkendelsen og indrømmer, at al viden er menneskelig; at den er blandet med vore fejl, vore fordomme, vore drømme og vore håb; at alt, hvad vi kan gøre, er at famle efter sandheden, selv om den er uden for vor rækkevidde.

(Popper 1972:39)

### 2.3. Relationelle selver og følelsernes ontologi

Vi har ovenfor diskuteret, hvordan individet gennem magtrelationer skaber sandhed og viden, hvorfor de historiske og kontekstuelle forhold er centrale at have for øje, når man ønsker at undersøge konsekvenserne af disse diskursobjekter. Foucaults magt teori tilbyder en række begreber til at forstå magtens dynamik men giver forholdsvist lidt plads til begrebsliggørelse af menneskelig vilje, og hvilken mulighed individet har for at ændre på de magtstrukturer, subjektiviteten underlægges. En sådan agentforståelse vil bidrage til at give vores analyse den nødvendige forståelse af subjektivitet, der er nødvendig for at undersøge, hvilke subjektpositioner, der muliggøres i empirien.

For at komme nærmere en teori om menneskelig handling, er vi blandt andet inspirerede af den amerikanske professor og psykolog Kenneth J. Gergen (1935-) konstruktionisme, der betoner relationer som udgangspunktet for subjektiviteten, og hvad vi som mennesker kalder selvet. Gergen beskriver selvet som historisk konstrueret, hvor man siden romantikkens opgør med fornuftens rationalitet, der hørte oplysningstiden til, har forstået moral som noget, der var sjælen iboende, og som var givet af Gud, hvorfor handlinger kunne begrundes gennem følelsesladet motivation. Oplysningen fik sin renæssance med moderniteten, hvor Gergen nævner den østrigske psykoanalytiker Sigmund Freud (1856-1939) som overgangsfigur i forståelsen af menneskets indre. Freuds personlighedsmodel bygger på tanken om et forholdsvist ukontrollabelt driftsapparat forklaret med et moderne begrebsapparat med paralleller til maskinen. Psykologien blev ligesom resten af videnskaben optaget af at forklare, hvad der lå til grund for menneskets tanker og handlinger – at finde ind til menneskets essens. Hvor romantikken gav følelserne frit løb, blev troskab over for én *selv* og sine værdier et ideal i moderniteten (Gergen 2006).

I det postmoderne samfund bliver selvet mere og mere relationelt, efterhånden som religionen og ophavet, som i henholdsvis romantikken og moderniteten skabte selvet og moralen, mister betydning. Samtidig overgår arbejdslivet fra at være forudbestemt (hvis ens far var tømrer, blev man det selv) til at blive en selvskabt karriere. Den teknologiske og kulturelle udvikling medfører en udvidelse af individets geografiske verden og af dets relationelle berøringsflade. Gennem mødet med mange mennesker og holdninger lærer individet sig at bøje selvet og tillægge sig en adfærd og et sprogbrug, der giver sociale gevinster i den sammenhæng, man indgår. Relationerne, vi indgår i, optræder i vores bevidsthed som det, Gergen kalder *stemmer* –

også efter mødet med den anden har fundet sted. Efterhånden som det postmoderne menneske indgår i flere og flere relationer, sker der en mætning af selvet, da individets moral trækkes i forskellig retning gennem påvirkningen af de stemmer, man har indgået i relationer med. Til sidst må illusionen om et autentisk selv opgives, når man indser, at selvet udelukkende eksisterer i den kontekst, man indgår i. Denne tilstand af total opløsning af selvet er ifølge Gergen ikke udbredt i den vestlige verden, men han peger på tendenser, der peger i retning af en sådan udvikling (Gergen 2006).

Gergen kommer ikke selv nærmere ind på, hvilken menneskelig adfærd, der giver adgang til sociale gevinster i *Det mættede selv*, men det forekommer os at være frugtbart at udfolde handlingsaspektet af sociale relationer, når vi skal forstå magtens dynamik i vores case. Den tyske socialfilosof og kritisk teoretiker Axel Honneth (1949-) tilbyder en teori om motivationen for menneskelig handling udspringende af et grundlæggende behov for *anerkendelse* (Honneth 2002, 2003, 2006). Anerkendelsesteorien udgør i en poststrukturalistisk optik en teori om, hvordan netop oplevelsen af anerkendelse og krænkelse kan ses som omdrejningspunkt for magtkampe i det sociale rum. Men som den poststrukturalistiske teoretiker Lois McNay påpeger, griber Honneth til essentialistiske greb, når han tillægger én følelseskategori større betydning end andre. Samtidig bliver en samfundsteori, der har anerkendelsen som normativitet, problematisk, når alle sociale grupper fortjener anerkendelse for deres holdninger og adfærd, hvilket udgør, hvad hun beskriver som "*a symptom of a wider neoliberal depoliticization of citizenship*" (McNay 2008:282), hvor følelser sætter den politiske dagsorden i stedet for de reelle ubalancer i samfundet. McNay er enig i, at en teori om menneskelig handling må have gruppens og individets følelser som genstand for at forklare magtkampe, men tilbyder den franske socialantropolog og sociolog Pierre Bourdieu (1930-2002) *habitus*-begreb som forklaringsramme i stedet for at ontologisere anerkendelse/krænkelse som de eneste determinerende følelser (McNay 2008). Habitusbegrebet hos Bourdieu skal forstås som de kropsliggjorte strukturer, der formes af og former de objektive strukturer i samfundet (Bourdieu 1997). Med habitus er der – som udgangspunkt – ikke nogen følelser, der rummer større motivation for handling end andre – det er i hvert fald ikke vores intention at finde ud af, hvilke der i så fald gør – men det giver et udgangspunkt for at sætte fokus på ubalancer i samfundet, som blandt andet følelserne udgør et symptom for, og i den sammenhæng kritisere de undertrykkende diskurser (McNay 2008).

### **Positionering**

Med sin agentteori beskriver Bourdieu i lighed med vores poststrukturalistiske optik, hvordan individers handling hverken er fuldstændig determinerede af struktur eller fuldstændigt voluntaristisk (Bourdieu 1997). Bourdieu operationaliserer med dette som fokus et analytisk apparat til at betragte de strukturer, der former habitus, hvilket ligger uden for vores projekt. Samtidig bliver en inddragelse af objektive strukturer vanskeliggjort i en poststrukturalistisk forståelse af følelser og handlinger som noget, der altid forhandles og gøres i den aktuelle samtale. Vi har derfor brug for en agentforståelse, der mere knytter sig til den aktuelle relation.

Følelser er altså ikke bare følelser, som vilkårligt medfører handling. Ud fra Davies og Harrés positioneringsteori, der fremstilles i deres artikel *Positioning – The Discursive Production of Selves* fra 1990, kan følelser ses som værende opstået af forpligtelse på de sociale kategorier, vi udvikler tilknytning til gennem den positionering, vi indgår i i samtaler med andre. Davies og Harré opstiller således fem processer, der er involveret i den forståelse af vores selv, vi som individer udvikler: (1) For det første lærer vi sociale kategorier (som f.eks. mand, dame, tyk og tynd) at kende. (2) Vi deltager i de forskellige diskursive praksisser, hvorigennem betydningen af de forskellige kategorier skabes. De diskursive praksisser virker dobbelt: Vi påvirker dem, og vi påvirkes af dem. (3) Således positionerer vi os selv i forhold til de forskellige kategorier: Hvad er jeg, og hvad er jeg ikke. (4) Vi forstår os selv som havende karakteristika tilhørende en bestemt kategori – dikotomisk fra andre. Denne erkendelse omfatter en følelsesmæssig forpligtelse til medlemskabet af kategorien og til udviklingen af et moralsk system, organiseret omkring denne tilknytning. (5) Alle fire processer sker i relation til ens teori om, hvad det vil sige at være menneske i samfundet, som, Davies og Harré hævder, er en sammenhængende fortælling om en række kronologiske begivenheder (1990), analogt med Gergens beskrivelse af det moderne selv (2006).

I denne sammenhæng er det relevant at uddybe et væsentligt begreb i denne rapport – *subjektposition*. Det er ifølge Davies og Harré gennem deltagelsen i de diskursive praksisser, hvor mening tilskrives de forskellige kategorier, at der etableres fortællinger, der uddyber forskellige subjektpositioner (1990). Subjektpositioner er det nærmeste Davies og Harré kommer på at se individet som indtagende roller. Men det er væsentligt at forstå, at subjektpositioner kan vælges og fravælges:

A subject position is possibility in known forms of talk; position is what is created in and through talk as the speakers and hearers take themselves up as persons. This way of thinking explains discontinuities in the production of self with reference to the fact of multiple and contradictory discursive practices and the interpretations of those practices that can be brought into being by speakers and hearers as they engage in conversations.

(Davies & Harré 1990)

Gergens syn på selvet som relationelt er til en vis udstrækning analogt med Davies og Harrés forståelse, når de redegør for, hvordan individet ikke skal forstås som et relativt fast produkt, men som hele tiden konstitueret og rekonstitueret gennem de sociale praksisser, det vælger at indgå i (ibid.), hvilket er i overensstemmelse med Bourdieus forståelse af habitus. Deres teori er et (i vores øjne) vellykket forsøg på at skabe en poststrukturalistisk teori om selvet og derigennem om individets muligheder for handling.

Som beskrevet peger Gergen på, at vores (mættede) selv består af en række stemmer, der repræsenterer alle de relationer, vi som individer indgår, og har indgået, i (2006). Dette komplementerer Davies og Harré med deres beskrivelse af, hvordan selvet må forstås som en usammenhængende række af erindringer om tidligere samtaler – begivenheder individet selv forstår som sammenhængende og derfor søger at ordne i forhold til denne forståelse. Hos



Davies og Harré er en mætning af selvet eller rettere multipliciteten af selvene ikke ensbetydende med en gradvis forkastning af forståelsen af sit selv som sammenhængende, da vi altid afkræves en sammenhængende selvbiografisk fortælling i sociale sammenhænge. Dette narrative forpligter individet på – også følelsesmæssigt – at rationalisere sine valg i overensstemmelse med denne fortælling (1990).

De gør i artiklen op med den canadiske sociolog Erving Goffmans (1922-1982) subjektteori, der bruger skuespillet som analogi for socialiteten, hvor roller tildeles skuespillerne, der agerer i henhold til manus og tilskuerne. Davies og Harré kritiserer Goffmans agentteori for at rumme en statisk karakter, hvor socialiteten er determineret af i forvejen vedtagne handlingsforløb. Davies og Harré argumenterer i stedet for en subjektforståelse, hvor selvet indgår i en konstant forhandling om de forskellige mulige positioner i sociale sammenhænge. De mulige positioner forhandles af deltagerne i en samtale, og er afhængige af deltagernes forståelse af dem selv og hinanden (ibid.). Således *kan* visse samtaler trække på institutionaliserede betydninger, som for eksempel forskningsinterviewet, omsorgssamtalen eller sundhedssamtalen.

Hvordan, vi forstår os selv og andre, er igen betinget af de diskursivt indlejrede betydninger af de kategorier, vi knyttes til, og de moralske overbevisninger, vi har som følge af disse tilknytninger. Både Gergen (2006), Bourdieu (1997) og Foucault (1978, 1983) fremfører, som vi tidligere har redegjort for, betydningen af diskurser og relationer i dannelsen af subjektet. Det positioneringsteori i denne sammenhæng tilføjer, er en forståelse af de kategorier, vi refererer til i vores forståelse af os selv og andre, og som vi positionerer os i forhold til. Kategorier som pige, dreng, slem dreng, god pige, slagter eller dyretæmmer rummer rækker af betydninger, vi automatisk kæder sammen med begreberne, når vi omtaler eller tænker på dem. Dette skal dog ikke forstås som ensbetydende med, at vi alle deler den samme forståelse af de kategorier, der trækkes på: Når en person ytrer sig i en sammenhæng, afhænger talehandlingens kraft til at påvirke samtalen således af, hvordan talerens position opleves af tilhørerne, og af om ytringen er i overensstemmelse med den gældende rationalitet, ligesom ytringens overensstemmelse med tilhørernes forståelse af talerens personlighed afvejes. Talehandlingen er den betydning, der tillægges ytringen hos henholdsvis taler og tilhører. Den oplevede talehandling giver tilhørerne mulighed for at positionere sig i konfirmation hermed eller fravælge den tilbudte position. Heri ligger forståelsen af individet som selvstændig agent i sin tilværelse og aktivt formende de sociale betingelser gennem diskursiv praksis (Davies & Harré 1990).

Udover, at forståelsen af selvet som multipliceret rummer en analytisk parallel til Gergens relationelle selv, er der en sammenhæng mellem Davies og Harrés forståelse af selvet og Foucaults pastoralmagt-begreb: Vi aftvinges en sammenhængende selvbiografi, hvis vi vil tilhøre kategorien *rationelt menneske i samfundet*. Vores fortællinger (eller bekendelser) må derfor være i overensstemmelse med denne biografi, ligesom vi må tilpasse vores erindringer om tidligere begivenheder (ibid.), selvom vores fortidige valg måtte være i modstrid med, hvordan vi ser os selv nu.

Som Davies og Harré beskriver det, har tilhøreren ikke adgang til de følte tilhørsforhold, folk har. De har mulighed for at sætte sig ind i, hvad det vil sige at have andre tilhørsforhold (ibid.),

men eftersom vi gennem vores levede processer primært lærer andre kategorier som afgrænsninger fra vores egne, kræver det vilje at ville forstå den andens tilhørsforhold.

## 2.4. En antiessentialistisk normativitet

Vi har nu redegjort for, hvordan vi forstår samspillet mellem sprog, magt, viden og subjektivitet, ligesom vi har forholdt os til det relativistiske spørgsmål, videnskabsteoretikere gerne ser iboende i postmodernismen. Inden vi bevæger os videre til at bruge disse begreber til at operationalisere vores behandling af empirien, vil vi diskutere et væsentligt forhold i empirisk arbejde, der i høj grad aktualiseres af det relativistiske spørgsmål – nemlig normativitet.

Fordi alle fordringer på objektivitet er magthandlinger, findes der ingen perspektiver, der i sig selv er mere privilegerede eller objektive end andre – alt er i én forstand normativt. Dette diskvalificerer ikke nødvendigvis ens handlinger, men nødvendiggør en redegørelse for den normativitet, man søger at undersøge tingene ud fra. En poststrukturalistisk tilgang har ikke svagere udsagnskraft (tværtimod) men er opmærksom på sin normative afgrænsning til forskel fra en essentialistisk tilgang, hvor normativiteten udspringer af holdninger til en førvidenskabelig praksis, der i den kritiske teori bundes i eksempelvis arbejdet (Negt 1985), anerkendelse (Honneth 2002, 2003, 2006), kommunikativ handlen (Habermas 1996) mv. Udsagnskraften af den poststrukturalistiske videnspåstand styrkes dermed gennem redegørelsen for den erkendte normativitet, udsagnet udspringer af.

Selvom følelser har en central betydning i blotlæggelsen af den sociale undertrykkelse og ubalance, kan vi ikke i nærværende rapport redegøre for en hierarkisering af, hvilke følelser der i højere eller mindre grad er udtryk for samfundsmæssige problemer. En sådan analyse er Bourdieu værdig, men resultatet vil altid være et historisk øjebliksbillede. Oplevelsen af urimelige forhold kan katalysere indignation og kampe om anerkendelse (Honneth 2006), men der er intet, der peger på, at alle sociale kampe er resultatet af social undertrykkelse, eller at handlinger på baggrund af oplevelse af undertrykkelse vil føre til et bedre samfund, ligesom der kan stilles spørgsmålstejn ved, om undertrykkelse altid er negativt, eftersom visse perspektiver måske er bedst at holde nede (McNay 2008). En forskningsmæssig normativitet om samfundets retning kan ikke alene begrundes i visse aktørers perspektiv(er), uanset hvor undertrykte de er af, hvad de oplever som, urimelige forhold (Lather 2000): Når mennesker er diskursivt producerede, bærer deres oplevelser af uretfærdighed ikke pr. definition en legitimering af social handling.

Men hvad gør man så, når man som forsker ønsker at skabe et bedre samfund? Hvordan er forskningen relevant, hvis der ikke er et objektive ideal for menneskeligheden, som samfundet bør udvikle sig i retning af?

Holdninger til samfundets udvikling er altid bundet til forskerens perspektiverede position, formet af de teorier der passer ind i vedkommendes verdensbillede. Selv kommer vi fra en kritisk teoretisk arbejdslivstradition koblet med en poststrukturalistisk subjektforståelse, som farver vores holdninger til, hvordan samfundet bør være. Vores valg i forhold til emne, metode

og teori afspejles af vores subjektivitet, mens vores antiessentialistiske videnskabsteoretiske idealer kommer af en interesse for filosofiske diskussioner om, hvad viden kan hævdes at være. I en ophedet diskussion mellem det normative *bør* og det deskriptive *er*, må vi være tro mod vores videnskabsteori og lade beskrivelsen af samfundsforholdene sejre over vores indlejrede holdninger. Vi kommer aldrig fri af vores egen subjektivering, men vi kan i det mindste (forsøge) at være denne bevidst, mens vi forholder os til spørgsmålet om, hvilken retning samfundet *bør* tage.

Samfundet tager dog en retning – uanset vores højtflyvende tanker – og det er værd at vende tilbage til spørgsmålet om, hvad vi som forskere må gøre for at skabe et bedre samfund. Her trækker vi på den poststrukturalistiske samfundsforsker Jo Krøjers diskussion om, hvordan en kritisk, forandrende samfundsforskning kan formuleres inden for et poststrukturalistisk paradigme (2006). Med udgangspunkt i Dorthe Marie Søndergaards *destabiliserende diskursanalyse* formulerer Krøjer, hvordan arbejdet med diskurser indeholder et refleksivt forandrende potentiale (ibid., Søndergaard 1999).

Søndergaard afviser kritikken af poststrukturalismen som apolitisk, ikke-kritisk eller relativistisk som fornærmende. Poststrukturalisters eksplicite, politiske mål er, at øge refleksiviteten samt at forstyrre og destabilisere de etablerede magtforhold. Det kan føre til forandring af de diskursive vilkår eller i det mindste øge refleksiviteten og skabe mindre 'tagen for givet'. Dermed bliver det poststrukturalismens normativitet, at forandring er det ønskede mål, og forandringspotentialitet udgør en kvalitet ved poststrukturalistisk forskning (ibid.). En sådan påstand om normativitet virker provokerende ud fra en essentialistisk tankegang, der rummer en holdning til det fælles bedste og et bestemt formål med frembringelse af viden. Vi ønsker sammen med mange andre poststrukturalister at gøre op med forestillingen om endegyldige sandheder og forestillingen om, at det er videnskaben, der nødvendigvis må anvise disse.

Gergen beskæftiger sig i sin artikel *Technology, Self and the Moral Project* (2000) ikke konkret med forskningens rolle for samfundsudviklingen men taler i stedet om, at ethvert arbejde med konkrete relationer er væsentligt for at bidrage til samfundets moralske projekt. Det moralske projekt skal i denne sammenhæng forstås som samfundets overordnede arbejde med at skabe en fælles forståelse om, hvordan et bæredygtigt samfund skabes. Han betragter den igangværende samfundsudvikling som overordnet præget af to poler: Én der hylder individualismen, og én der hylder det kollektive ansvar. Individualismen er imidlertid under pres, efterhånden som selvet bliver relationelt, som følge af mætningen af selvet (se også Gergen 2006). Men svaret for samfundets moralske projekt er ikke fællesskabet, da det kollektive engagement problematiseres af den teknologiske udvikling, der gør de fysiske fællesskaber flygtige og svære at opretholde, ligesom fællesskabet i stigende grad bliver virtualiseret på nettet (Gergen 2000).

Der er ifølge Gergen to modsatte tendenser ved online fællesskaber. Den ene er, at det tilsyneladende modvirker farerne ved individualismen, hvor den enkelte alene handler ud fra egne interesser. Den anden er, at individualismen kan søge et fællesskab, der bekræfter ens moralske dogmer og vækker yderligere engagement og tro på disse. Samtidig er grænserne mellem online fællesskaber mindre substantielle, men effekterne af disse grænser er større: Man kan sidde ved siden af hinanden i hvert sit online fællesskab og aldrig mødes, hvilket skaber risiko for

moralsk og politisk polarisering, der underminerer det fælles moralske projekt. Teknologien har fremskyndet de kulturelle krige, og det er derfor, man skal se kritisk på fællesskabsbåren moral (Gergen 2000).

Gergen opstiller et alternativ til den individualistiske og fællesskabsbårne moral, der som nævnt hver især er problematiske. Han foreslår i stedet, at vi ser mennesket som et relationelt væsen, hvis moral er indlejret i de relationer, det indgår i:

Perhaps the key argument derived from Wittgenstein in this case is one which traces meaning to action. Rather than meaning deriving from individual minds (the self) or from the community (from whence interjected into selves), meaning is a byproduct of language use in relationship. Meaning is thus removed from hidden recesses of the mind and from the community, and placed in the coordination of actions – visible, present and continuous.”

(Gergen 2000, 11)

En sådan forståelse af mening og moral lægger sig op ad vores optik, der netop betoner samtalen (eller forholdet eller relationen) som udgangspunkt for forhandlede diskurser. At tale om selvet og fællesskabet er netop at deltage i allerede etablerede diskursive traditioner, og samtalen må betragtes som logisk primat for de øvrige konstruktioner som ægthed, sandhed og moralitet (ibid.).

Når man som poststrukturalist (eller konstruktionist) ikke har et universelt moralsk udgangspunkt, bliver det gennem social praksis muligt at skabe eller omvende meningsdannelse uden at impostere en etik eller ideologi. Og det er gennem konkret social handling, det er muligt at skabe processer af forhold, hvorfra værdier opstår og vedligeholdes (ibid.). Gergen inviterer således til at undersøge de vedvarende forhold, hvorfra mening dannes. Uden mening er der ingen moral. Det moralske projekt er altid i gang, når vi interagerer med vores omgangskreds og skaber implicite og eksplicite moralske kodeks. Problemet er ikke, at der skabes moral, men når der skabes moralske enklaver, der fastholder en forståelse af deres perspektiv som universelt og ser andre perspektiver som truende eller underlegne. Når paradigmer slås om sandheden, ødelægges forhold, og den moralske mening forfalder. I skabelsen af relationel praksis, er konflikt derfor centralt at imødekomme (ibid.), og uenighedens generative potentialer må i stedet dyrkes (Gergen et al. 2004).

Et centralt domæne for denne dannelse af mening er dermed i forskningen. Inddragelsen af Gergen giver en yderligere dimension til Søndergaards perspektiver på den destabiliserende diskursanalyse. Den øgede refleksivitet, Søndergaard taler om, bidrager til samfundets overordnede moralske projekt, når genstanden for forskningen er de sociale processer, der skaber mening. Forandringen i den konkrete kontekst og samfundets diskurser er således af central betydning.

Fordi det poststrukturalistiske projekt i forhold til samfundets moral ikke resulterer i et mål for denne udvikling, betyder det ikke, at forskeren forholder sig neutralt til det forskede. Vores subjektivitet giver os holdninger til, hvad der er interessant at undersøge, og vi har (også

forskningsmæssigt begrundede) erfaringer om, i hvilken retning samfundet kan gå og ikke bør gå. Vi har således gennem vores studier søgt et velargumenteret, antiessentielt grundlag for vidensproduktion, hvor nærværende afsnit er udtryk for den foreløbige kulmination for de tanker, vi har gjort os om emnet.

Haraway beskriver dette paradoks mellem subjektivt funderet idealisme og poststrukturalistisk videnskabelighed:

So, I think my problem and 'our' problem is how to have *simultaneously* an account of radical historical contingency for all knowledge claims and knowing subjects, a critical practice for recognizing our own 'semiotic technologies' for making meanings, *and* a no-nonsense commitment to faithful accounts of a 'real' world, one that can be partially shared and friendly to earth-wide projects of finite freedom, adequate material abundance, modest meaning in suffering, and limited happiness.

(Haraway 1991:187)

Ønsket om en retning for samfundets fremtid er imidlertid ifølge Haraway et nødvendigt paradoks, hvor man må fastholde tingenes historiske kontingens og samtidig formulere ønsker for fremtiden (ibid.).

Det er klart, at langt de fleste forskere har ligeså noble formål med deres vidensproduktion, som Haraway og os andre poststrukturalister. Vi ønsker at tage afstand fra reduktionistiske forestillinger om universalitet i videnskaberne, hvor et enkelt sprog bliver skabt som standard for alle fortolkninger og oversættelser (ibid.). Det er specialisters måde at fortælle andre, hvordan de skal tale og skrive (Davies & Harré 1990).

Et begrundet subjektiveret håb for samfundets udvikling strider imod Gergens ambition om at frigøre konstruktionen fra moralsk imponerende dogmatik, men er ifølge Haraway et nødvendigt paradoks (Haraway 1991). Vi vil i derfor metodeafsnittet begrunde vores valg og fra-valg i forhold til metode og perspektiver i arbejdet med nærværende problemstilling.

## 2.5. Analyseperspektiver

Vi har efterhånden redegjort for en række teoretiseringer omkring emnerne sprog, magt og subjektivitet, ligesom vi har redegjort for forskerens rolle i de diskursive praksisser, der udgør udviklingen af samfundsmæssig moral. De præsenterede perspektiver udgør skelettet omkring hvilket, vi vil udforme vores analytiske operationalisering.

### *Magt, bekendelser og positionering som analytiske perspektiver*

Når vi er interesserede i at undersøge, hvordan den diskursive praksis reproducerer subjektpositioner for medarbejderne i psykiatrien, bliver det relevant at anvende de diskutererede perspektiver omkring magt, bekendelse og positionering.



De bekendelser, medarbejderne gør i interviewene, er i denne teoretiske optik et udtryk for magtrelationer, som medarbejderne er i gensidige påvirkningsforhold til. Når interviewpersonerne giver udtryk for at forholde sig på bestemte måder i forhold til de emner, der udfolder sig i interviewene, kan vi forstå det som udtryk for, at de enten samtykker med eller søger at gøre modstand imod magtpåvirkninger, der øver indflydelse i de genstandsfelter, der berøres. Det er – gennem bekendelserne – muligt at se, hvordan medarbejderne magtes eller subjektiveres til at se sig selv på bestemte måder i forhold til bestemte emner (Foucault 1983); i dette speciale i forhold *sundhed generelt* og *sundhed på arbejdspladsen*. De bekendelser, medarbejderne giver udtryk for, bliver således et analytisk perspektiv for vores arbejde med empirien.

Ydermere finder vi det interessant at undersøge, hvilke rationaliseringer vores interviewpersoner giver udtryk for, når de omtaler perspektiver omkring sundhed. Dette vil gøre os i stand til at skabe forståelser af, hvordan diskursive objekter former sundhedsdiskursen og konstituerer betingelserne for de subjektpositioner, medarbejderne tilbydes, og som de indtager i bekendelserne.

For at undersøge interviewpersonernes rationaliseringer, vil vi anvende en række optikker, der ligesom bekendelsesbegrebet tager udgangspunkt i Foucaults forståelser af magt. Perspektiverne beskrives med inspiration i Foucaults model for magtanalyse, som er opstillet i Foucaults artikel *The Subject and Power* fra 1983, og kobles sammen med vores subjektteori og problemstilling.

Det første perspektiv vedrører de differentieringer, der har betydning for ét (eller flere) subjekt(er)s muligheder for at udøve magt over andre: Hvordan udøver medarbejderne magt over andre gennem deres ytringer (forstået som handlinger med magteffekter) i det magtspil, positioneringen udgør. Kvaliteten eller kraften ved disse talehandlinger afhænger af, hvilken position der tales fra, og hvilke diskurser der trækkes på. Giver interviewpersonerne udtryk for at være hierarkisk differentieret i forhold til andre på arbejdspladsen, i forhold til sundhedsprojektet, i forhold til forståelser af sundhed eller andre differentieringer, der gør dem mindre eller mere i stand til at udøve magt i relation til de berørte emner?

Det andet perspektiv vedrører målet for den magt, der udøves. Man kan forestille sig, at interviewpersonerne eksempelvis rationaliserer deres positioneringer i forhold til sundhedsfremme på arbejdspladsen ud fra socioøkonomiske årsager, hensynet til arbejdet med patienterne eller medarbejdernes sygefravær.

Midlerne, magten udøves igennem, bliver det tredje perspektiv i denne række. I denne sammenhæng er det væsentligt at se på, hvordan målene for magten, instrumentelt søges opnået. Som et eksempel på sådanne instrumentelle midler er det relevant at undersøge, hvilke værktøjer sundhedsfremmeprojektet gør brug af. Her aktualiseres behovet for en magtteoretisk læsning af *Du bestemmer*-metoden, der lægger vægt på, at medarbejderne arbejder med deres sundhedsadfærd gennem samtale om og opstilling af mål for denne adfærd (Dalsgaard et al. 2006). Der er således tale om, at magten søges udøvet gennem anvendelse af vejledningen fra en sundhedsvejleder kombineret med en kontrol i form af medarbejdernes forpligtelse på de mål, de – gennem samtalerne – opsætter for sig selv, og som der ved senere (grup-

pe)samtaler følges op på. Vi vil således – i vores analyse – have for øje, hvilke midler der gøres aktive i skabelsen af de subjektpositioner, der er tilgængelige for medarbejderne i forhold til sundhed på arbejdspladsen.

Det fjerde perspektiv vedrører de former for institutionalisering, som magtrelationerne i feltet *sundhed* og *sundhed på arbejdspladsen* refererer til. Dette er interessant, fordi institutionaliseringen af bestemte former for adfærd – gennem eksempelvis statslige institutioner og normer i samfundet – har betydning for mulighederne for at positionere sin (sundheds)adfærd som værende meningsfuld og rationel.

Som det sidste perspektiv i denne række søger vi at undersøge graden af rationalisering, der hænger sammen med subjektiveringen i vores genstandsfelt. Hvor nemt eller svært er det at argumentere for de positioneringer, man ønsker at gøre i forhold til sundhed. Taler man til de almene diskursive forståelser af, hvad der er godt og dårligt – sundt eller usundt, vil man nemt blive forstået og anerkendt for sine positioneringer. Søger man at positionere sig i modsætning hertil, bliver det sandsynligvis sværere at opnå anerkendelse og forståelse for sine positioneringer. Dette er interessant for os at undersøge, fordi medarbejdernes muligheder for at agere i feltet er afhængige af deres evne eller mulighed for at rationalisere deres adfærd.

### 3. Metode

Inden vi i afsnit 3.3. præsenterer vores strategi for analysen, vil vi redegøre for vores generelle metodiske overvejelser, der skal ses som en diskussion af, hvilke konsekvenser vores normativitet, videnskabsteori og teori har for tilgangen til produktionen af empiri og behandlingen af denne.

Når viden bliver gjort til diskurs, der reproduceres afhængigt af dets kontekst, har forskerens forståelse ikke i sig selv større sandhedsværdi end andres. Det, der – som tidligere beskrevet – bør kvalificere forskerens udsagn, er en refleksivitet omkring teori, metode og videnskabsteori, der kan nuancere og uddybe forståelsen af de sociale fænomener. Som forsker indgår man i de sociale processer sammen med de aktører og strukturer, man ønsker at forstå. Vi vil her præsentere de væsentlige metodiske valg og teoretiseringer, vi har gjort os i forbindelse med både udvælgelsen af case, interaktionen med denne og efterbehandlingen af den producerede empiri.

#### 3.1. Gyldighed

Gennem videnskabsteoretiske og teoretiske overvejelser, har vi redegjort for nogle af de særlige dynamikker, vi ser efter, når vi interagerer med og analyserer vores empiri. Ud fra de samme argumenter omkring videns situering i konteksten, og de altid nærværende magtrelationer, må vi redegøre for de kriterier, der gør det muligt at vurdere, om den viden, vi tilvejebringer,

med en vis kraft kan bryste sig af rent faktisk at være *situeret viden*, hvilket vil sige troværdige, perspektiverede, håndhævelige beskrivelser af fænomener (Haraway 1991).

Hos Christel Stormhøj opstilles en række bud på, hvordan gyldigheden af ens videnspåstande kan tackles. På baggrund af synet på viden som situeret i konteksten kan det opstilles som et krav, at forskeren som minimum positionerer sig selv og redegør for sin position for at kunne producere velbegrundede og forsvarlige (gen)beskrivelser af verden. Konkret bør forskeren redegøre for sine partikulære perspektiver; de baggrunde forskeren har for sin interesse for genstandsfeltet, sine forskningsmål og i sammenhæng hermed; de gyldighedsstandarder som forskningsproduktets videnspåstande skal vurderes ud fra. Dette afføder en afvisning af universelle og neutrale standarder, som al videns gyldighed kan måles ud fra. Men det afføder ikke en afvisning af, at der kan opstilles standarder for gyldighed – videnskabelige som politisk/normative – som vidensproduktionen kan vurderes ud fra. På denne måde gøres (endnu engang) op med objektivisme, der hævder, at der findes universelle standarder for sandhed. Men samtidig også med en relativisme der påstår, at alle videnspåstande er lige gyldige og derfor er karakteriseret ved fraværet af gyldighedsstandarder (Stormhøj 2006).

De gyldighedsstandarder, vi i indeværende speciale ser som relevante at vurdere vidensproduktionen i forhold til, knytter sig til flere dele af både det videnskabelige arbejde og udformningen af specialerapporten. Vi ser det som væsentligt at have fokus på den metodiske gennemsigthed og konsistens – således at det er muligt at vurdere og kritisere det vidensprodukt, som netop vi producerer. På baggrund af metodologisk konsistens bør vi således også kunne opstille en sammenhængende og velargumenteret konklusion, der bygger på relationerne mellem de anvendte teoretiske perspektiver og de analytiske tolkninger af empirien. Konklusionens sammenhæng og argumentation er dog ikke nødvendigvis ensbetydende med en produktion af viden om sociale praksisser, der ikke har modsætninger.

I samspil med vores vejledere søger vi at sikre en grad kommunikativ gyldighed. Gennem argumentation for de perspektiver og konklusioner, vi arbejder med, søger vi i høj grad at kvalificere de pointer, der skaber vores egne perspektiver til analysen, såvel som de konklusioner vi i sidste ende kan drage.

Anvendeligheden af den produktion af viden, der produceres, kan ligeledes anskues som en gyldighedsstandard. Denne standard flytter fokus over i retning af at vurdere, hvorvidt forskningen egentlig har betydning i forhold til de perspektiver, vi analytisk beskæftiger os med. Kan det lykkes for os at udfolde eller ændre forståelsen af etablerede betydninger af sundhedsfremme? Denne gyldighedsstandard kan gøres gældende på flere måder i relation til vores problemstilling. Det er interessant for os, at se om de mennesker, der har været deltagere eller ikke-deltagere i sundhedsfremmeprojektet, ændrer deres opfattelse på baggrund af de refleksioner, vi gennem vores tilbagemeldinger tilbyder. Ligeledes kan de konsekvenser, vores pointer har fået på implementeringen af den sundhedsfremmende praksis i psykiatrien, ses som udtryk for en gyldighed af den frembragte viden (ibid.). Det betyder desværre ikke, at vores speciale nødvendigvis kan læses af enhver. Vidensproduktionens overskridende potentiale må tilpasses den sammenhæng, der kommunikeres i. Vores speciale må forventes at blive bedømt

ud fra akademiske idealer, hvorfor vi har søgt at formulere os, så vores viden vinder anerkendelse i denne sociale praksis.

Det sidste kriterium, vi vurderer vores vidensproduktion ud fra, kan betegnes som et mangfoldighedskriterium. Patti Lather insisterer – ud fra sit syn på en feministisk forskningspraksis – på, at man må brydes med de empiriske data for ikke at homogenisere den og neutralisere de modsætninger, der måtte fremstå. Uanset om de er i modstrid med ens oprindelige forskningsmål eller normativitet. Hun taler om at undgå den *disenchantment* eller *af-fortryllelse*, der forekommer, når virkelighedens mangfoldige rigdomme af perspektiver samt sammensatte og modsætningsfyldte erfaringer – gennem teoretiske eller analytiske modeller eller tanke måder – nedkoges til mere ensidigt konkluderende reduktioner. For at kunne give empirien sin retmæssige ære, må vi foretage reflektive bevægelser mellem empiri- og teoretiske perspektiver, for så vidt muligt at danne hele beskrivelser af genstandsfeltet (Lather 2006).

### 3.2. Interaktion i teori og praksis

Når vi beskriver, det der af andre traditioner betegnes som empiriindsamling, som produktion eller interaktion, er det en konsekvens af vores videnskabsteoretiske indplacering i poststrukturalismen, hvor forskeren betragtes som medskabere af de forståelser, som bliver fremstillet i konteksten (Krøjer 2006, Järvinen & Mik-Meyer 2005) – i vores tilfælde sammen med medarbejderne i psykiatrien. Denne forståelse bygger på samme teoretiske perspektiver, vi i kapitel 2 berørte: At sproget har en konstituerende betydning for den subjektivering, der sker i sociale sammenhænge, hvor samtalen altid må forstås ud fra dens kontekst, ligesom den altid er perspektiveret. Vi vil i det følgende redegøre for, hvordan vi har medskabt empirien, og hvilke forholdsregler vi har gjort os.

#### *Empirien*

Som indledningsvist beskrevet, består det samlede empiriske materiale, der er produceret i forhold til sundhedsfremmeprojektet i psykiatrien, af en lang række interviews samt en stor mængde skriftligt materiale (se bilagslisten i slutningen af rapporten). Vi har valgt primært at beskæftige os med det materiale, der er produceret i forbindelse med det afsluttende evalueringstudie, dels fordi vi selv har forberedt og gennemført interviewene, hvorfor det har været muligt at spørge ind til specialets problemstilling, og dels fordi vi ønsker at gå ind i en dybdegående sproglig analyse, der stiller en række krav til empiribehandlingen, hvorfor det er for omfattende at gennemgå alle interviews.

Den empiri, vi har valgt som udgangspunkt for analysen i specialet, er således udvalgt blandt de 17 interviews med medarbejdere og ledere fra de psykiatriske arbejdspladser. Af disse har vi udvalgt 5 interviews, som på særlig vis kan bidrage til at beskrive de subjektpositioner, der muliggøres for medarbejderne i arbejdspladsernes møde med sundhedsfremmeprojektet. Vi vender tilbage til, hvilke interviews vi har udvalgt og hvorfor. Vi har desuden valgt at forholde

os til sundhedssamtalemetoden *Du bestemmer* for at se på, hvordan en sådan metode bidrager til at forme rummet for diskursiv sundhedspraksis.

Vi har været privilegerede ved at kunne deltage i forskellige sammenhænge i sundhedsfremmeprojektet: Som studerende og som forskere (*in spe*) har vi arbejdet med flere overlappende perspektiver på psykiatriens projekt. Vores erfaringer fra sundhedsfremmeprojektet udgør som helhed en grundlæggende empiri, der dels har fungeret som motivation for nærværende problemstilling. Dels giver det indgående kendskab til sundhedsfremmeprojektets set-up og historicitet en forståelsesramme for casen som helhed. Arbejdet med dette speciale går således helt tilbage til starten af 2009.

### *En problemstilling bliver skabt*

Som beskrevet i indledningen, blev vores kendskab til casen først og fremmest etableret i forbindelse med vores studiearbejde på et forskningsprojekt, der havde som formål at evaluere et sundhedsfremmeprojekt i Psykiatrien. Vi blev involveret i projektet, da det var halvvejs gennemført, og størstedelen af empirimaterialet var således udarbejdet.

Selvom vi i nærværende afhandling ikke benytter meget af den empiri, der blev skabt inden vores deltagelse i forskningsprojektet, har den alligevel haft betydning for vores arbejde. På trods af at forskningsprojektet ikke havde disse perspektiver som udgangspunkt for sin undersøgelse, viste der sig tegn på, at sundheden som symbol havde forskelligartede betydninger for de medarbejdere, der ikke umiddelbart lever op til de idealer om fysisk sundhed, som var udgangspunktet for sundhedsfremmeprojektets målsætning om adfærdsændringer hos medarbejderne. Selvom – eller måske netop fordi – nogle medarbejdere havde en forståelse af sundhed, der er bredere end en fysiologisk orientering, var det provokerende for dem, når de gennem projektet og på arbejdspladsen generelt blev forholdt med deres – inden for en fysiologisk sundhedsdiskurs – usunde livsstil. Ud fra en overordnet interesse – inspireret af særligt anerkendelsesbegrebet og anerkendelses-/krænkelsespotentialer (Honneth 2003, 2006) – fandt vi, at der i nogle medarbejders ytringer lå tegn på nogle problematikker, der kan sammenkædes med udviklingen i den samfundsmæssige sundhedsdiskurs: Eksempelvis *Konstruktionen af overvægtige som risiko* (Mik-Meyer 2008). Desuden skal interessen for marginaliseringstendenser i forhold til diskursive praksisser omkring sundhed ses i relation til vores normativitet, vi formulerer som en generel interesse i at bidrage til udviklingen af samfundets moral gennem videnskabelsen – og dermed også arbejdspladsernes moral, hvorfor de kontekstuelle magtpåvirkninger, der sker i forbindelse med sundhedsfremme, må belyses.

Da vi selv deltog i udarbejdelsen af empirien i forbindelse med evalueringsinterviewene i forskningsprojektet, forekom det os indlysende at forfølge sundhedens betydning for medarbejderne. Med særligt blik for det der virker problematisk for medarbejderne. I forlængelse af vores gyldighedsstandarder ser vi dog en væsentlighed i at fastholde en åbenhed i vores metodiske tilgang, der tillader andre perspektiver at komme til udtryk. At fastholde en åbenhed er væsentligt for at opnå en mangfoldig beskrivelse af sundhedsfremmeprojektets betydning for medarbejderne.



Udvælgelsen af denne italesættelse af sundhedens konsekvenser som vores problemstilling beror på vores teoretiske inspirationer og interesse i identitetsdilemmaer og arbejdets sammenkobling med privatsfæren, som i høj grad kan siges at være på spil i forbindelse med nærværende sundhedsfremmeprojekt. Vi finder det interessant at se på, hvordan der skabes særlige betingelser for medarbejdernes selvforståelser, når de konfronteres med deres ofte private sundhedsadfærd, der fremstilles som værende uhensigtsmæssig og uforståelig ud fra sundhedsdiskurser, der både trækker på faglige argumenter, ansvarlighed og på risici for sygdom og død.

### *Forskeren som forandringsaktør*

Vores normativitet om at skabe samfundsmæssig nytte udfolder sig ikke primært i interaktion med aktørerne i casen, som eksempelvis er en central øvelse indenfor den kritisk teoretisk inspirerede aktionsforskning (Nielsen & Svensson 2006, Krøjer 2006). Alligevel bygger vores forståelse af empirien på en interaktionistisk præmis om, at empiriproduktionen er *overskridende* i den forstand, at vi ser os som medproducenter af empirien, hvor en væsentlig pointe er, at *"der i empirisk forskning ikke findes en sådan ting som data, der blot ligger ude i virkeligheden og venter på at blive indsamlet"* (Krøjer 2006 med henvisning til Stainton-Rogers).

Som følge af dette må forskeren forstå sig selv som en aktør i skabelsen af en empirisk kontekst, hvor uforudsigelige sociale dynamikker udspiller sig (Krøjer 2006). I den kritiske aktionsforskning formuleres, hvordan forskeren ikke besidder en privilegeret position i vidensproduktionen, der i skal foregå i et fællesskab mellem aktører og forskere (Nielsen & Svensson 2006). Vi er som tidligere nævnt enige i, at den vidensproduktion, vi som forskere skaber, ikke bærer større sandhedsværdi end medarbejdernes forståelser. Men vi anser forskerens position som privilegeret ved at have vide muligheder for at bruge tid på at sammenligne, kvalificere og perspektivere de empiriske ytringer, ligesom vi har mulighed for at omsætte vores viden til andre sammenhænge, hvorved dens overskridende potentiale er anderledes end den viden, casen selv kan producere. Ambitionerne for de overskridende potentialer vender vi tilbage til i afsnit 6. Det er centralt at præcisere, at den viden, der skabes i et interview, rummer lige så stor udsagnskraft som de forståelser, der skabes i fremtidsværkstedet eller andre metodiske konstruktioner. De metodiske forholdsregler er blot forskellige, og muligheden for sociale dynamikker, og dermed de fortællinger man har adgang til, er forskellige.

Der er ifølge flere teoretikere (se f.eks. Søndergaard 1999, Nielsen & Svensson 2006, Krøjer 2006, Kvale 1999) tale om et stort forandringspotentiale i samtalen som metode, hvilket næppe kommer som en overraskelse med vores subjektforståelse i frisk erindring. For vores vedkommende har formålet med interviewet som metode imidlertid først og fremmest været; at kaste lys over de konsekvenser, sundhedsfremmeprojektet har haft for de tre arbejdspladser på godt og ondt. Som følge af vores – på tidspunktet for vores indtræden i forskningsprojektet – relativt begrænsede bevidsthed om mulighederne for forandring gennem vores egen forsknings- og empiriproduktionspraksis, er vi ikke gået ind i interviewet med ambitionen om sammen med medarbejderne at finde ud af, hvordan de bedst muligt skaber en arbejdsplads, der mindsker marginaliseringen som følge af sundhedsfremme, som en tilgang funderet i aktions-

forskning kunne have gjort (Krøjer 2006), men det er heller ikke sikkert, at vi ville have haft mandat til at gøre det. Vores tilgang på daværende tidspunkt bar i højere grad præg af ønsker om på den ene side at præstere et godt stykke arbejde, hvilket ville sige at beskrive mangfoldigheden af både positive og negative erfaringer og konsekvenser af implementeringen af sundhedsfremmeprojektet for medarbejderne i psykiatrien – hvilket var forskningsprojektets formål. Og på den anden side at forfølge mere samfundsmæssigt og teoretisk inspirerede problematikker omkring krænkelser og marginalisering af mennesker, der falder uden for normerne, som vi var blevet opmærksomme på gennem vores første arbejde med sundhedsfremmeprojektet. Så længe vi har produceret kvalitativ empiri, har vi været opmærksomme på, at forskeren indtager en position i samtalen, og dermed medskaber den viden, der produceres i interviewet (Kvale 1997, Järvinen og Mik-Meyer 2005). Dette vil vi vende tilbage til i forbindelse med de konkrete metodiske overvejelser i forhold til interviewet.

Det har været en øjenåbner, at vores vidensproduktion allerede har haft indvirkning på projektet, en indvirkning der sandsynligvis ikke havde været frembragt uden de perspektiver, vi har anlagt i nærværende speciale. Vores perspektiver er i særdeleshed bragt i spil i diskussioner med projektleder og projektgruppe samt gennem præsentationer og tilbagemeldinger i forbindelse med forskningsprojektet (hvilket vi vender tilbage til i perspektivering, afsnit 6).

Vi bærer som sagt en dobbelt rolle som henholdsvis deltagere i forskningsprojektet og speciallæstuderende. Om end vores handlefrihed i forskningsprojektet har været begrænset, har vi i både skriftlige og mundtlige tilbageleveringer til projektledelsen været tro mod medarbejdernes fortællinger om marginaliserende konsekvenser ved projektet. Vi har brugt vores position som (bedre)vidende aktører til at genfortælle nuancerede perspektiver over for både projektledelse, afdelingsledelse og medarbejdere (bilag 50, Lund et al. 2010), forskningsgruppe (bilag 47) og andre interessenter i projektet (bilag 51).

### *Forskerposition*

Når synspunkter er magthandlinger, og synspunkterne er begrundet af ens socialitet, bliver det nødvendigt for vedkommende, der bærer det analytiske perspektiv, at tænke sig grundigt om, inden holdninger gennem empiriproduktion og analyser bliver omsat til praksis. Især hvis resultaterne af analysen skal være andet og mere end en reproduktion af analytikerens kontekstuelle perspektiv, uanset hvor meget dette perspektiv formes af feltet, vedkommende indgår i – med heraf afledt fare for at tjene analytikerens egne interesse.

Vi har kort berørt det ovenfor, men det er væsentligt mere uddybende at diskutere betydningen af vores flerartede position i forbindelse med empiriproduktionen. Eksempelvis har deltagelsen i forskningsprojektet haft betydning for vores metodevalg, i og med at interview som metode var fastlagt forud for vores deltagelse. Forskningsprojektets tilgang til empirien er formet af formålet om at evaluere, hvilke konsekvenser og muligheder der ligger i at arbejde med sundhedsfremme i psykiatrien ud fra en pragmatisk kritisk realistisk videnskabelighed. Der er således tale om perspektiver, der kan siges at være bredere og mindre specifikke end vores mere partikulære fokus på produktionen af subjektpositioner på en arbejdsplads, der

implementerer et bestemt sundhedsfremmeprojekt. Dette betyder, at der i vores interviews var perspektiver, som vi ikke selv direkte har valgt at beskæftige os med, men som var dikteret gennem forskningsprojektets optik. Dette har naturligvis en betydning for det materiale, vi får adgang til at analysere, i og med at vi ikke får et materiale, der udelukkende fokuserer på produktionen af sundhedsdiskurser og subjektpositioner.

En central pointe hos Patti Lather er dog – som nævnt i forbindelse med vores refleksioner omkring gyldighed – at man metodisk skal stræbe efter en åben og grænsesøgende/overskridende tilgang i interaktionen med genstanden for ens forskning. Herved opstår nye og uventede perspektiver, som man med en velkendt, stringent og fastlåst metode ikke kan forudse. Det handler med andre ord om at lade sig fare vild i empirien (Lather 2006). Dette lægger sig i høj grad op ad den meget åbne tilgang til perspektiver hos interviewpersonerne, forskningsprojektet fra starten har anlagt. Derfor kan kombinationen af det specifikke fokus på subjektpositioner og sundhed – og de mere brede perspektiver siges at være en styrke, der bidrager til den nuancering, Lather omtaler.

I overensstemmelse med Lather har denne åbne tilgang til empirien samtidig muliggjort netop et skifte i fokus for vores vidensproduktion. Oprindeligt fik vi gennem vores arbejde med forskningsprojektet og kandidatmodulprojektet øjnene op for marginaliseringstendenser. Den endelige problemformulering er ændret fra dette fokus: I stedet for at fokusere på, hvordan medarbejderne marginaliseres, taler vi nu om, hvilke mulige subjektpositioner i forhold til sundhed der tales frem i empirien, og hvilke *perspektiver* der derved marginaliseres. Dette sker ud fra en erkendelse af, at vi kun har adgang til fortællinger om forholdene på arbejdspladsen. Vi har ikke mulighed for at redegøre for, hvordan medarbejderne konkret marginaliseres, som man måske kunne ved gruppeinterview eller observationsstudier af den sociale praksis. I stedet kan vi sige noget om, hvordan visse subjektpositioner omkring sundhed ikke tilbydes eller påberåbes i empirien, hvilket ud fra vores standarder bærer en højere grad af gyldighed.

### *Interview som metode*

At interview er et håndværk (Kvale 1997) er en underdrivelse. Det handler ikke blot om at tilægge sig en teknik, men om at medtænke sin egen position (Järvinen 2005). I forlængelse af vores diskussioner af sprog, magt og viden bliver det klart, at man (også) som interviewer ikke alene påvirker interviewet, man medskaber det (Krøjer 2006). Den første handling i interaktionen finder sted allerede i forberedelsen, hvor overvejelser omkring udvælgelse af interviewpersoner, forskningsspørgsmål og metodologi finder sted.

I forberedelsen til interviews tilskyndes det traditionelt, at man udarbejder en interviewguide. Denne forberedelse tages for givet både i praksis og interviewlitteraturen (Kvale 1997). Guiden bidrager til gennemskuelighed, så forskningens interessenter efterfølgende kan se, hvilke perspektiver der er blevet lagt vægt på fra interviewers side, og dels tjener interviewguiden som et hjælpemiddel for forskeren til at fastholde fokus i samtalen. Vi har valgt at praktisere en form for semistrukturerede interviews, der på ingen måde holder sig slavisk til interviewguiden, men hvor vi tager udgangspunkt i de perspektiver, vi ønsker at producere viden om,

samtidig med at vi søger en uforpligtende samtaleform, hvor interviewpersonen får plads til at reflektere og forsøges inviteret til en ligeværdig relation med interviewerens. På trods af disse intentioner opstår der (for os) nærmest uundgåeligt en relation, hvor interviewpersonen svarer på spørgsmålene, vi stiller. Vi betragter dette som et resultat af den forståelse, der hersker af forskningsinterviewet som begreb – medarbejderne betragter denne samtale som en bekendelsesrelation, hvor de forventes at fortælle en historie om de forhold, der spørges til. Hvis det udnyttes, rummer interviewmetoden dermed et potentiale for at skabe italesættelser, der i ringe grad afspejler interviewerens interesse og rationalitet. Men det stiller krav til samtaleparterne som sociale aktører.

Ud fra forståelsen om, at viden og subjektet skabes gennem immanente magtrelationer, hvor der trækkes på de i samtalen forhandlede diskurser, bliver det i høj grad relevant at indtænke vores egen position og relation i interviewsituationen. Den viden, vi skaber i interviewet, må først og fremmest forstås som et resultat af denne situerede praksis. Men det betyder ikke, at der ikke siges noget om de forhold, interviewet forsøger at beskrive: Den diskursive praksis i casen. Interviewpersonerne trækker deres forståelser af sundhed, kategorier og subjektivitet med sig ind i samtalen i mødet med forskeren. Samtidig betyder bekendelsesrelationen, hvis interviewerens formår at lade den udspille sig, at de italesatte perspektiver i høj grad udspringer af interviewpersonens fordringer om at skabe sandfærdige genfortællinger af egne erindringer.

Den viden, der i sidste ende produceres, skal ikke betragtes den endegyldige, altomfattende sandhed omkring sundhedsfremmeprojektet, men som sande beskrivelser af de berørte emner, der genfortælles i interviewsituationen. Denne fordring medfører ikke, at den producerede viden kun har relevans for lige den samtale, der foregik et sted i provinsen mellem tre personer engang i september 2009. Som nævnt bærer den situerede viden et overskridende potentiale for samfundets moralske udvikling: Andre vil kunne genkende deres oplevelser omkring sundhed i vores afhandling.

I produktionen af denne situerede viden, er det væsentligt at have for øje, hvilken position informanten i interviewet sættes i. I denne sammenhæng arbejder Margaretha Järvinen med begrebet *selvfremstilling*, der beskriver, at enhver interaktion er underlagt et arbejde, hvor interviewpersonen søger at opretholde en positiv, rationel præsentation af sin adfærd (Järvinen 2005). Når man i samtalen indgår i en relation, afdækker man ikke blot den anden persons holdninger, man får dem præsenteret i en (til sig selv) tilpasset version.

Hos Järvinen bliver denne selvfremstilling tænkt ind i en metodisk sammenhæng, hvor man i sit forskningsinterview må medtænke denne dynamik i sin tilstedeværelse (Järvinen 2005). Når interviewpersonen vil forsøge at fremstå rationel i forhold til forskeren, bliver det således væsentligt, hvilken rationalitet forskeren gennem sin deltagelse giver udtryk for. Derfor bliver afdækkende og åbne spørgsmål væsentlige at starte samtalen med, ligesom det er væsentligt at tale sig ind i en position, hvor man – så vidt muligt – deltager i en samtale på interviewpersonens præmisser.

I et forskningsinterview som vores kan der naturligvis blive inddraget emner og forhold, som den interviewede ikke nødvendigvis på forhånd har gjort sig tanker om. Her skal man være opmærksom på ikke at uddybe spørgsmålet ved at tilbyde indholdsbestemmende definitioner til begreber og på den måde impostere sine egne forestillinger i forhold til emner. Her har vi eksempelvis talt en vis rationalitet frem, hvor man kan sige, at vi indskrænker muligheden for Annettes svar:

**Interviewer:** Og [...] Jeg kommer til at tænke på, når du nu snakker om alle de her sygdomsmeldinger, som er på grund af noget psykisk, eller noget belastende, [...] i arbejdet, ikke? hvordan harmonerer det med et sundhedsprojekt, som går på meget KRAM-faktorer, som det her projekt jo har fokuseret på? Er det det optimale sundhedsprojekt for en arbejdsplads som jeres?

(Hvortil Annette svarede, at det ikke er optimalt)

Ud fra implikationerne af interviewpersoners tendenser til at fremstå som meningsfulde individer eller rettere; subjektets positionering efter fortællinger, der modtages positivt i sociale relationer, arbejder vi interviewmetodisk også med at søge at åbne rummet for anerkendelse af de meningstilkendegivelser, interviewpersonerne har. Også selv om vi gennem vores subjektforståelse og egen moral måtte være uenige. Det forekommer intuitivt rigtigt, at mange emner er tabuiserede og derfor svære at tale om, hvilket vi søger at åbne op for ved at udvise forståelse for interviewpersonen. Gergen påpeger, at denne relationelle adfærd, hvor man søger anerkendelse af sin adfærd, særligt er kendetegnende for det postmoderne subjekt. Til forskel herfor har det moderne subjekt, med udgangspunkt i en mere essentialistisk forståelse af selvet som rationelt, fast og målrettet, en tendens til at være meget mere tro over for sin egen rationalitet. Det moderne subjekt ser i højere grad det at ændre sine meninger, forståelser eller adfærd ud fra konteksten som et svaghedstegn (Gergen 2006). Det er derfor væsentligt for interviewereren at have for øje, om interviewpersonen søger efter interviewerens holdninger, eller om vedkommende har en etableret forståelse af emnet, der tales om.

Nogle er meget dygtige til at argumentere og dermed fastholde deres holdninger, hvorfor det kan være interessant, at forsøge at udfordre vedkommendes argumentation, mens andre virker meget søgende og uafklarede, hvorfor det er væsentligt i høj grad at spørge til konkrete oplevelser og stille åbne spørgsmål, der ikke anviser en holdning. En forudsætning for denne udfordring er at søge en fastholdelse af anerkendelsen og ligeværdigheden i samtalen, ligesom det er nødvendigt at søge en position i relationen, hvor man ikke foregiver at være ekspert, men oprigtigt anerkender interviewpersonens betragtninger. En undtagelse i denne sammenhæng kan være, hvis man oplever, at interviewpersonen forventer et modspil, som vi ofte har oplevet hos ledende medarbejdere. Her var det somme tider nødvendigt at positionere sig som teoretiker/ekspert for at få dem i tale ved at udfordre deres rationalitet. Det er altså en vanskelig kunst både at skulle forholde sig til de på forhånd formulerede forskningsinteresser og til en samtale, der foregår på flere planer. Både et umiddelbart relationelt plan og et mere teoretisk plan, hvor ens subjektforståelse bringes i spil.

Ovenstående betragtninger er de teoretiske perspektiver på vores interviewmetode. Virkeligheden viser sig nogen gange anderledes, som i spørgsmålet vi ovenfor stillede Annette. Teknikkerne rummer plads til forbedringer, hvilket bedst sker gennem øvelse. Eksempelvis taber vi bolden, når vi i nedenstående får en masse interessante perspektiver at vide om det at arbejde i psykiatrien:

**Laila:** Og langt de fleste gange får vi dæmpet patienterne uden bæltefiksering. Vi bruger ikke ret meget bæltefiksering. Det er vi alle sammen meget obs på, at det er, simpelthen den bedste sygepleje. Men også at det nogen gange er nødvendigt. Og så skal vi heller ikke trække det for langt, hvis de er så syge og så farlige. Altså, det er først, når de er farlige for sig selv, eller for personalet, eller for patienterne, at de må bæltefikseres.

Men det handler også om at docere, og bruge nogle andre pædagogiske metoder.

**Interviewer:** Ja mmh... Hvad ser du medarbejderne har fået ud af det her projekt?

Her kunne vi godt have forfulgt et perspektiv omkring, hvordan fagligheden og udfordringerne i arbejdet spiller sammen med sundhedsforståelserne. Det kunne også være interessant at tale videre om, hvordan medarbejderne forstår deres faglighed, og hvordan denne bedst kan plejes og udvikles, for eventuelt at høre om et sundhedsfremmeprojekt har en relation til disse ambitioner. I stedet spørger vi til noget helt andet.

For at imødekomme disse problemstillinger har vi over tid udviklet en interviewmetode, hvor vi altid er to til stede i interviewet. Den ene sidder placeret overfor interviewpersonen, mens den anden sidder lidt væk og tager referat af interviewet. Referentens rolle er desuden at fokusere på de situationer, hvor perspektiver ikke bliver forfulgt, eller hvis der er generelle spørgsmål i interviewguiden, der ikke stilles. Når interviewerens ikke har flere spørgsmål, beder han referenten om stikord til at fortsætte interviewet. Det er væsentligt overfor interviewpersonen at pointere referentens rolle som en overvågning af interviewerens snarere end af interviewpersonen, da det for nogle må formodes at være svært at tale frit over for to fremmede snarere end en enkelt. Desuden er det afgørende, at de uddybende spørgsmål, som referenten kommer på i løbet af interviewet, skrives ned når de opstår, og at referenten insisterer på at stille dem. Dette anser vi for at være væsentligt, da det er vores erfaring, at man i retrospekt let kommer til at se dem som overflødige, når man glemmer den indlejrede argumentation for dem, der var gældende i den pågældende samtale, hvorfor de pludselig fremstår som værende ude af en sammenhæng.

Overvågningen fra den anden kan opleves som en udfordring, men gennem vores snart 6-årige samarbejde har vi oparbejdet en tryghed i disse situationer. Den nødvendige sparring omkring sprogbrug, kropssprog, fokusering og formulering vurderer vi som langt mere kvalificerende for interviewet end de magtmæssige problemstillinger, referentens tilstedeværelse skaber.

Den interviewguide, vi udarbejdede forud for interviewene, er vedlagt DVDen (bilag 7).

### *Udvælgelse af interviewpersoner*

I vores tilfælde blev den overordnede udvælgelse af interviewpersoner foretaget i samarbejde med projektlederen for psykiatriens sundhedsfremmeprojekt ud fra parametre om, at der både skulle være interviews med medarbejdere, der deltog i projektets forskellige aktiviteter, såvel som medarbejdere der ikke deltog. Vores indtryk er, at projektledelsen har valgt et bredt udsnit af medarbejdere, der repræsenterer vidt forskellige orienteringer og holdninger i forhold til begrebet sundhed og sundhedsfremmeprojektet. Om der ud fra dette deltager/ikke-deltager kriterium er foretaget en fuldt ud tilfældig udvælgelse, ved vi ikke. Men vi kan konstatere, at der i interviewene præsenteres en lang række forskellige positioneringer i forhold til projektet og til sundhed.

Ud fra vores optik var deltagelse/ikke-deltagelse i hhv. samtaleforløbet og KRAM-aktiviteter et vigtigt aspekt for at få belyst flere perspektiver på projektet, fordi vi havde en forventning om, at der lå nogle overvejelser til grund for medarbejdernes til- eller fravalg af projektet, som ville have interesse både for forskningsprojektets og vores speciales fokus i kraft af de forskellige magtrelationer, medarbejderne indgår i som følge af deres tilknytning til projektet.

For at kunne gå i dybden med en sproglig analyse, har vi i arbejdet med specialet valgt at indsnævre antallet af interviews, vi vil arbejde med. Af hensyn til specialets omfangsmæssige ressourcer, har vi som beskrevet udvalgt 5 interviews, vi vil arbejde mere indgående med, end det havde været muligt med et større empirimateriale. Med få interviews giver vi os tid til bedre at kunne nærlæse de positioner, der tales frem i lige præcis vores empiri. De historier, der fortæles i empirien, skal på én eller anden måde kunne rummes i vores bevidsthed, og ved at arbejde indgående med få interviews, oplever vi en større dybde i vores forståelse af empirien. Vi kan bedre se, hvilke bekendelser medarbejderne gør, og hvilke positioneringer der åbnes for i relation til sundhedsfremmeprojektet, hvordan ytringer med udgangspunkt i diskursive sandheder tillægger bestemte typer af sundhedsadfærd værdi. Det er vores overbevisning, at vi ved at lave denne indsnævring kan fremstille nogle mere nuancerede og righoldige beskrivelser af sundhedsfremmeprojektet.

De 5 interviews, vi har valgt at bruge i vores analyse, er udvalgt på baggrund af de placeringer, de har i forhold til sundhedsfremmeprojektet og arbejdspladsens institutionelle hierarki. Desuden har et centralt kriterium for udvælgelsen af interviews været, at det skulle være samtaler, der i høj grad talte den konkrete sundhedspraksis frem i interviewet, frem for kun at foregå på et idealtypisk plan, hvor holdninger alene refereres. Resultatet er blevet, at vi har valgt to ledere, der dels repræsenterer ledelsens holdning til sundhedsfremmeprojektet, som de begge har faglige og menneskelige interesser i skal lykkes. Samtidig er de repræsentanter for en positiv holdning til fysisk sundhed, som de ser, medarbejderne kunne få glæde/gavn af. Vi har desuden valgt tre medarbejdere, der taler sundhedsforståelser frem, der på mange måder står i modstrid med ledernes orienteringer. Interviewpersonerne er valgt uden stillingtagen til, hvilket afsnit de kommer fra, hvilket betyder, at det almenpsykiatriske afsnit ikke er repræsenteret i analysen, men blot indgår i vores sekundære empiri. Citaterne fra empirien stammer næsten udelukkende fra evalueringsinterviewene, men enkelte citater fra baseline anvendes. I disse



tilfælde står det angivet ud for citatet. Her er en kort præsentation af de forskellige medarbejdere:

#### **Laila (leder, det lukkede afsnit)**

Er valgt fordi hun som leder bærer en central position i italesættelsen af sundhed på arbejdspladsen. Hun kommer med eksempler på, hvordan hun ser usunde, og hvordan hun hjælper medarbejderne med at blive sunde. Hun er interessant, fordi hun fremstår som en meget idealistisk leder, der ser det som arbejdspladsens opgave at bidrage til et sammenhængende samfund gennem oplysning af medarbejderne om det ansvar, de bærer over for samfundet. Hun indtager en subjektpositioner som én, der har glæde ved fysisk sund adfærd. En glæde hun gerne ser hendes medarbejdere have, hvor hun ser mulighed for, at sundhedsfremmeprojektet kan bidrage til dette.

#### **Annette (leder, det ungdomspsykiatriske afsnit)**

Er eksponenten for en ledelsesrationalitet, der ser usunde mennesker som en klods om benet på organisationen. Hun sætter samtidig ord på, hvordan moderne offentlige arbejdspladser arbejder med at nedbringe fravær gennem omsorgssamtaler, kulturændringer osv. Interviewet med Annette giver et indblik i en interessant dualitet mellem rummelighed og ekskluderende mekanismer, som går igen i HRM og NPM tankegangen: Medarbejderne skal have det godt, så de er en ressource for virksomheden, men hvis de er usunde eller ikke retter ind, er der ikke plads til dem.

#### **Gerda (medarbejder, det lukkede afsnit)**

Udvalgt fordi hun på flere måder eksemplificerer, hvordan sundhed bliver brugt til at positionere individet i forhold til konteksten. Hun omtaler i høj grad, hvilken sundhedspraksis der er gældende på netop hendes arbejdsplads – det er vigtigt at udvise sundhed over for patienterne, men samtidig er det væsentligt at være fysisk stærk, fordi det somme tider bliver nødvendigt at kunne slås med dem, når de reagerer voldsomt.

#### **Tanja (medarbejder, det lukkede afsnit)**

Ligesom Gerda arbejder Tanja på det lukkede afsnit, hvor sundhed i høj grad italesættes i relation til fysisk styrke, der gør én i stand til at imødekomme de voldsomme episoder, der kan forekomme i arbejdet. Hun er valgt, fordi hun på den ene side fremstår som en mentalt stærk person, der formår at levere et godt stykke arbejde og en række nuancerede perspektiver på sundhed. På den anden side problematiserer hun i høj grad sin egen sundhedstilstand på trods af, at hun ikke finder fysisk sundhed vigtigt. Hun beskriver, hvordan man som overvægtig bliver subjektiveret til af sig selv og andre at blive betragtet som irrationel, usammenhængende, svag og en risiko for arbejdspladsen.

#### **Dorte (medarbejder, det ungdomspsykiatriske afsnit)**

Endelig har vi valgt Dorte, fordi hun viser, hvordan der på arbejdspladsen er en orientering mod fysisk sundhed, mens det på samme tid er tabuiseret at være psykisk slidt. Hun fortæller

desuden, hvordan rygere og overvægtige positioneres. Hun fremstår som én, der i høj grad formår at skabe en sammenhængende selvforståelse, selvom hun ikke lever op til alle arbejdspladsens sundhedsmæssige idealer, og som en der søger at fastholde sin sundhedsadfærd på trods af andres holdninger.

### **Tekstanalyse**

Yderligere anvender vi i vores analyse af positioneringer og de magtrelationer, der skaber disse, beskrivelsen af sundhedsfremmeprojektets formål og den metodiske håndbog til *Du bestemmer*. Disse analyseres med udgangspunkt i de samme teoretiske perspektiver som interviewmaterialet. Vi anser disse dokumenter som bidragende til beskrivelsen af, hvordan mulighederne for subjektivering situeres i netop denne kontekst, hvor bestemte målsætninger og metoder tages i brug i sammenhæng med ønsket om sundhedsfremme.

### **3.3. Analysetrategi – sproget bringes i spil i analysen**

Den foucaultinspirerede analysemodel, vi opstillede i slutningen af kapitel 2 udgør sammen med vores øvrige forståelser af sprog, magt og subjektivitet en ramme for vores analyse. I dette afsnit vil vi beskrive, hvordan disse perspektiver er blevet omsat til en række spørgsmål, vi stiller vores empiri.

Som problemformuleringen beskriver, er vi interesserede i at undersøge, hvordan sundhedsdiskursen produceres i casen, og hvordan italesættelsen af sundhedsforståelser og -adfærd fordrer, hvilke subjektpositioner det bliver muligt for medarbejderne at indtage. Gennem undersøgelsen af, hvilke subjektpositioner det er muligt at indtage, vil vi samtidig undersøge, hvilke perspektiver der marginaliseres i den producerede sundhedsdiskurs. Ud fra vores magt- og subjektteori bliver sproget formende for medarbejdernes muligheder for at træffe valg i forhold til, hvordan de ønsker at se dem selv og blive set af andre. Den positionering, der sker på selve arbejdspladsen, har vi ikke direkte adgang til som følge af vores måde at producere empirien gennem interviews, men vi har mulighed for at høre medarbejdernes oplevelser af den diskursive praksis omkring sundhed, ligesom vi hører, hvordan de ønsker at positionere sig i denne interviewpraksis. Dette skaber ikke dårligere viden men en anden viden. Vi har derfor valgt at operationalisere analysen ved at opstille en række spørgsmål, vi hele tiden stiller empirien i vores læsning af transskriptionerne. Og spørgsmålene, der stilles empirien, må nødvendigvis produceres ud fra vores teoretiske perspektiver og rapportens problemformulering.

Denne måde (ikke) at strukturere analysen på betyder, at alle teoretiske perspektiver bliver forsøgt anlagt på alle ytringer i samtalerne, hvilket dels muliggør en *getting lost* i empirien, som vi - som nævnt - gennem Lather (2006) opstiller som et mål i sig selv, men samtidig fremstiller dette analysen alt andet end lineært eller logisk progredierende. Vi vil senere vende tilbage til, hvordan vi rent praktisk har udført analysen. Først vil vi argumentere for spørgsmålene, vi konsekvent har stillet empirien. Den grundlæggende interesse, vi har undersøgt, er vores problemformulering, der lyder:

**Hvilke subjektpositioner er det muligt at indtage i forhold til sundhed for medarbejderne i psykiatrien? Og hvilke perspektiver marginaliseres i den sundhedsdiskurs, der produceres (gennem hhv. arbejdet og sundhedsfremmeprojektet)?**

Foucault taler om, hvordan en given rationalitet kan være institutionaliseret inden for en større eller mindre social sammenhæng. En hegemonisk rationalitet aftvinger normer i forhold til subjekters adfærd – eksempelvis i forhold til sundhed – og gør visse valg legitime og andre illegitime (Foucault 1983). Det forekommer eksempelvis irrationelt og uforståeligt for de fleste, hvis nogen hævder, at vedkommende lever for at spise pomfritter, og at det i sig selv er et altoverskyggende mål i livet at spise så mange pomfritter som muligt. Selvet kan ikke realiseres uden for den kontekstuelle realitet, subjektet indgår i relationer med, og man må forholde sig til de (forhandlede) subjektpositioner, der tilbydes. Vores analysespørgsmål bliver således formet af de forskellige kontekstuelle forhold, der har indflydelse på medarbejdernes positionering i forhold til sundhed, ligesom de bliver tænkt og formuleret i forlængelse af vores teoretiske udgangspunkt.

En af de kontekstuelle påvirkninger for subjektpositioneringen er det arbejde, der udføres i psykiatrien, hvor der gennem fagligheden opstilles normer for, hvad en god medarbejder er, ligesom der fortælles om krav i patientplejen, der betoner forskellige former for sundhed. Desuden findes der en ledelseskultur, der fremhæver visse sundhedsidealiser, ligesom ledelsen har særlige måder at skabe sine resultater på. Dette udgør det første perspektiv i læsningen af empirien, hvorfor vi stiller spørgsmålet:

**Hvordan italesættes forskellige forhold på arbejdspladsen og hvordan gøres disse forhold betydningsfulde for medarbejdernes subjektivering?**

En central del af medarbejdernes faglighed er plejen af patienterne, der på mange måder kategoriseres som værende usunde. Disse mennesker bliver samtidig en gruppe, medarbejderne positionerer sig i forhold til, når de taler om sundhed, hvorfor det er interessant at have for øje, hvilke funktioner/differentieringer der sker i forhold til patienter og deres sygdomssymptomer inden for sundhedsforståelserne. På samme måde er det interessant at undersøge, hvilke differentieringer der sker i forholdet mellem medarbejdere og ledelse samt medarbejdere imellem, når der tales/gøres sundhed i en omsorgsgivende ledelse-medarbejder-relation.

Det er ikke kun ledelsen og arbejdet, der konstituerer, hvilke muligheder medarbejderne har for at positionere sig i forhold til sundhed. Medarbejderne har forskellige tilknytninger til kategorier omkring sundhed, der bringes i spil i den diskursive praksis. Disse forståelser af sundhed kan være formet af ovenstående faglighed, mediernes fokusering på sundhed, glæde ved kager og af andre sociale sammenhænge. Det væsentlige for vores analyse er, hvilke kategorier og positioner der fremstilles, når disse forståelser af sundhed udspiller sig på arbejdspladsen, og hvordan nogle sundhedstilstande kategoriseres som problematiske, mens andre fremstilles som attraktive.

**Hvordan positioneres medarbejderne gennem italesættelsen af forskellige forståelser og tilstande af sundhed?**

Gennem sidste analysespørgsmål bringes vores forståelse af sproget i spil i analysen: Der er en særlig måde at tale om sundhedsforståelser og -handlinger i interviewene. Sproget har, som vi tidligere har beskrevet, en formende betydning for vores viden og subjektivitet, hvorfor det er interessant at undersøge, hvordan der tales om de forskellige måder at gøre sundhed: Hvilke kvalitative udtryk bruges i talen om sundhed. Vi har ikke altid mulighed for direkte at undersøge, hvilke konsekvenser disse ladede begreber har for medarbejdere, men vi kan bruge forståelsen af sproglige virkemidler til at kaste lys over, hvilke perspektiver der marginaliseres, og hvilke der støttes, i den diskursive praksis. Når der i ytringer omkring sundhed gives udtryk for kvaliteter ved visse former for sundhed frem for andre, er der tale om en talehandling, der afgrænser mulighederne for at vælge, hvordan sundhed gøres. Ord som frivillighed, omsorg, tilbud, lyst, ansvar og glæde er blandt de ladede begreber, der kvalificerer visse former for sundhedsadfærd og problematiserer andre:

### **Hvordan bruges sproget til at forme sundhedsforståelserne og -handlingerne?**

#### *Analysens skriftlige udformning*

Som beskrevet ovenfor giver denne tilgang til analysen en bestemt fremstilling, ligesom selve den skriftlige produktion kan være et skræmmende arbejde – især hvis man er vant til på forhånd at vide, nogenlunde hvilken progression analysen får. At skabe en orden i denne ikke-lineære vidensproduktion er ikke nogen let opgave. Men ikke desto mindre vil vi her redegøre for vores operationalisering af, hvordan vores teoretiske perspektiver er bragt i spil i selve den skrevne analyse.

- A. Interviewene er blevet udarbejdet efter foregående interaktion med empirien og diskussioner omkring metode, projektets problemstilling, teorilæsning osv. Alle 17 interviews, vi har udført, er optaget på diktafon og vedlagt på DVDen (i mappen Lydfiler). Desuden er alle foregående interviews og skriftlige empiri gennemlyttet/-læst (se bilagsoversigten).
- B. Næste skridt var at udvælge interviewpersoner, vi mener, sætter ord på de sundhedspraksisser, der er i spil på arbejdspladserne. Herefter er disse blevet transskriberet (findes på DVDen i mappen *Empirirapporter*).
- C. I Patti Lathers ånd har vi ladet os fare vild i empirien. Således har vi læst hver transskription igennem og løbende bragt alle de perspektiver i spil, vi ud fra teorien kunne argumentere for. Her har fantasien i høj grad fået frit spil, fordi vi har villet bevare en åbenhed overfor, om disse perspektiver kan blive underbygget i analysen.
- D. Selvom vi havde sat ord på emnerne, samtalerne omhandlede, havde vi stadig over 50 sider med brudstykker fra vores interviews, og med begrænsede pladsmæssige ressourcer, måtte endnu en beskæring af empirien foretages. Derfor har næste øvelse været at prioritere i de citater, vi bedst så udfolde ytringer omkring problemformuleringsfokus.
- E. Endelig har vi foretaget selve analysen, hvor vi helt konkret har stillet empirien vores analysespørgsmål. Resultatet er en skriftlig fremstilling, hvor vi har forsøgt at lade de

udvalgte citater tale for sig selv, hvorefter vi gennem brug af vores teoretiske begreber har beskrevet, hvilke sociale dynamikker der bringes i spil.

- F. Af hensyn til læsevenligheden har vi søgt at formulere nogle overordnede afsnit for analysen.
- G. Endelig samles alle relevante pointer fra analysen i konklusionen, hvor vores problemformulering besvares.

### *Syntaks for formatering af citater*

Det må være ambitionen at give læseren samme oplevelse af empirien, som vi har fået i interviewene og i gennemlytningen og -læsningen af empirien. Gengivelse af transskriptioner er på mange måder problematiske i denne henseende, da læsning af transskriptioner uden lydspor og anden sanselig fremstilling får personer i samtalerne til at fremstå usammenhængende og vrøvlende, når der ikke er adgang til personernes talesprog og (erindringer om) kropssprog. Vi har således valgt at formatere citaterne, så de er rensset for "øh" og "bøh" og underligt talesprog, der ikke i sig selv bærer en semantisk betydning. Citaterne er således formateret ud fra følgende syntaks:

- Citater på over 3 linjer gengives indrykket i marginerne med en anden skrifttype end den øvrige tekst.
- Citater på under 3 linjer skrives ind i teksten og bevarer samme skrifttype som den øvrige tekst, dog i kursiv og i anførselstegn: "*citat*"
- Vi modererer transskriptionerne, så de grammatisk giver mening. Nogle steder fjerner vi ord eller dele af sætninger, der ikke bærer relevans for analysen. Er der tale om ord eller sætninger, der ikke i sig selv giver klart mening, er de uden videre fjernet. Er der tale om ord eller sætninger, der giver grammatisk mening, men er uvedkommende, angives dette med [...]. Når vi tilføjer ord, der skal give sætningen grammatisk mening, skrives disse indenfor klammerne [tilføjet tekst].
- Særlige ikke-tekstuelle forhold omkring citater angives i parentes, hvor det er relevant. F.eks. om der grines, tænkes, sukkes, eller hvis vi har en opklarende kommentar til det, der tales om.
- Vise steder bliver der lagt tryk på ord. De steder, hvor citater er kursiveret, bliver tryk markeret med ikke-kursiv skrift. De steder, hvor citater ikke er kursiverede, bliver tryk markeret med kursiv.
- Korte pauser i samtalen er angivet med tre punktummer: ...
- Afbrydelser af sætninger er angivet med to punktummer: ..

## 4. Analyse

Som vi tidligere har været inde på, er vidensproduktion ikke en lineær proces. Analysen af empirien er ingen undtagelse, da empirien blev produceret længe før, vores skriftlige produktion tog fart, ligesom vi som analytikere har bevæget os både teoretisk og erfaringsmæssigt, siden vi første gang talte med medarbejderne i psykiatrien. Andre og flere perspektiver er siden kommet i spil i bearbejdningen af empirien, end de der var i spil, da vi forberedte vores interviewguide. Det er således en udfordring at operationalisere både den praktiske øvelse 'at analysere', men i lige så høj grad den skriftlige fremstilling heraf; produktet som ligger til grund for den endelige vurdering af vores studie som helhed. Analysen er særligt interessant, fordi det er her, vi bringer vores teoretiske perspektiver i spil – bruger de værktøjer til at forstå *det sociale, det psykologiske, arbejdslivet*. En værktøjskasse vi vil udvide også efter vores speciale er skrevet.

Erfaringerne fra analysen vil desuden bidrage til viden om arbejdslivet i de diskurser, der er i spil: *det offentlige, psykiatrien, det lukkede afsnit* mv. Disse såvel kropslige som sproglige erfaringer udvikler vores faglighed og vil give os viden, der kan bringes i spil i andre situationer.

Endelig er analysen af central betydning for vores skriftlige afhandling, hvor dens resultater får størst opmærksomhed i konklusionen. Og som vi allerede har været inde på, er det en ambition ikke kun at producere teoretisk viden for at sidde og kloge den, men at skabe viden, der er tro mod empirien og kan bringes i spil i artikler, tilbageleveringer og rapporter, så den kan skabe forandringer for de mennesker, der har været venlige at fortælle os om de problemstillinger, de oplever i deres arbejdsliv.

### 4.1. Tilgængelige subjektpositioner og reproduktion af en marginaliserende sundhedsdiskurs

#### *Formuleringer omkring sundhed*

Som redegjort for i de teoretiske diskussioner, må en ytring altid forstås ud fra en kontekst og dermed de magtdynamikker, der er i spil. Af central betydning for de positioner og subjektpositioner, der kan tilbydes og indtages i arbejdspladsens sociale sammenhæng, er de diskursive objekter, der bringes i spil. I forhold til vores kritiske analyse af sundhedsfremmeinitiativer, er det relevant at se nærmere på medarbejdernes italesættelser af diskurser, der har med sundhed at gøre, som f.eks. sundhedsideal, sundhedsadfærd, ledelsesrationaliteter og miljøterapeutisk faglighed. Desuden er det væsentligt at beskrive, hvordan disse diskurser påvirker den enkeltes forhold til de kategorier, de identificerer sig med, ligesom vi vil søge at fremvise, hvilken kraft talehandlinger tildeles ud fra en given diskursivt indlejret rationalitet.

Det er bemærkelsesværdigt, at der er en udbredt overensstemmelse i de enkeltes forståelser af sundhed, når vi beder medarbejderne definere sundhed på et idealtypisk plan. Ikke kun i de 5 interviews, vi har valgt at gå i dybden med, men hos alle interviewpersoner i forskningsprojektet. *Alle* beskriver, at sundhed først og fremmest er op til den enkelte at definere, og de fleste beskriver det som en mulighed for at gøre, hvad man har lyst til. Samtidig bringer de

nogle værditilskrivninger ind i definitionen, når de skal redegøre for, hvilken del af deres brede sundhedsforståelse, de selv lægger vægt på.

Således adspurgt til, hvad sundhed er for hende, svarer Tanja:

**Tanja:** Uh... Det er et vidt begreb jo. (griner)

**Interviewer:** Ja. Jamen det er jo helt... fint?

**Tanja:** Ja. Der er jo fysisk sundhed, mental sundhed.. Hvoraf jeg faktisk nok ser den mentale sundhed som værende den absolut vigtigste. Fysisk sundhed [...] kan jo så kobles sammen på det også, ikke. Så det er jo en helhed som sådan. Men jeg ser det nok som værende værst, hvis du [...] ikke er mentalt sund. [...] Det er et større problem, men selvfølgelig kan fysisk sundhed også gå hen og blive så – altså hvis folk ikke tager sig af sig selv og så videre – så kan det jo også gå hen og blive så voldsomt, så man må gøre noget ved det. Ellers kan man jo dø af det jo. [...] Så men det er jo et vidt begreb. Det handler om alt muligt; mad og rygning. Altså alt muligt hvad vi udsætter os selv for.

Nedtoningen af den fysiske sundheds betydning er den, der kraftigst står som modpol til sundhedsfremmeprojektet, idet hun er tæt på at give udtryk for, at fysisk sundhed kun udgør et problem i det omfang, man risikerer at dø af det. Den mentale sundhed specificeres ikke, men sundhed kategoriseres som et "vidt begreb", der indeholder mad, rygning og hvad vi ellers udsætter os for. Der åbnes med disse ytringer for en subjektposition, hvor sundhed er en helhed, men mental sundhed er vigtigere end fysisk. Alligevel kan man ikke være helt ligeglad med den fysiske.

De to ledere optræder som tydelige eksempler på repræsentanter for medarbejdere, der også prioriterer den fysiske sundhed. Her eksemplificeret ved Annette:

**Interviewer:** Hvordan ser du på sundhed? Altså hvad er sundhed for dig?

**Annette:** Ja det er jo mange ting. Men, sådan helt overordnet, at man er i stand til at skabe sig et liv, der giver mening. At man er i stand til at kunne leve det liv, der er meningsfuldt for én... er vel i yderste konsekvens sundhed. Om det så handler om at gå til masser af koncerter, eller det handler om at løbe motionsløb, eller spise økologisk eller hvad... For mig er det lidt af hvert, ikke. Men det er vel det, jeg tænker om sundhed. At man er bevidst om at skabe sig det liv og ikke bare accepterer, at nogle betingelser er udefra kommende, men at man er i stand til, at skabe sig det liv, der giver mening, ikke? [...] Hvis man nu skal svare meget bredt på det, ikke?

**Interviewer:** [...] Synes du, [...] det er vigtigt at være sund i forhold til arbejdet her?

**Annette:** Ja. Det synes jeg. Jeg tænker, at [n]år vi nu ansætter folk, så søger vi jo folk, som vi – som udgangspunkt igennem en samtale – fornemmer, er robuste. [...] Så man skal være sund – sådan ens personlighed må være sund... robust i en



eller anden forstand – for at kunne bestride det her job. Men [...] vi har ikke nogen regler, at man også sådan fysisk skal være sund... Men selvfølgelig går jeg ind for, at man også.. Det er jo en del af at være sund, synes jeg jo, at man også er i stand til at holde sit legeme sundt, og at man til en vis grad... går op i de sådan fysiske sundheder, at man tænker over, hvad man spiser og [...] tænker over motion og så videre, ikke? Og vi har jo også i afdelingen... arbejdet med de unges vaner. Vi har en livsstilsgruppe simpelthen. Vi arbejder med anorektikere – selvfølgelig må vi tænke på sundhed. Der skal vi kunne være i et minimum... foregangsbilleder i en eller anden forstand, ikke? Og så er det jo altid svært, fordi en personalsammensætning på 28 mennesker er jo som folk er flest. Og det skal der også være plads til. Så [...] det har brede rammer selvfølgelig. [...] Man må have det som en observans. Helt sikkert.

Her åbnes en subjektposition, hvor sundhed handler om at være i stand til at leve et liv, der giver mening, hvilket i sin yderste konsekvens også kunne omfatte en levevis med rygning, alkohol og flødeskumskager, så længe vedkommende finder mening i det. Det meningsfulde må således være et subjektivt spørgsmål for hende, altså noget alle kan leve op til, såfremt de tænker over, hvad der giver mening for netop dem og insisterer på at leve i overensstemmelse hermed. De nævnte koncerter, motionsløb og den økologiske spise bliver eksempler på meningsgivende skabelse af livet, hvilket er relevant for den subjektposition, der åbnes: Det er nogle bestemte ting, der nævnes i sammenhæng med det meningsfulde, sunde liv, og allerede i svaret på det følgende spørgsmål bliver den brede forståelse indskrænket. Den sunde position bliver én, hvor man går op i at holde sit legeme sundt, motionerer og tænker over hvad man spiser. I relation til arbejdet bliver sundhed i øvrigt forbundet med at være robust – først og fremmest i sin personlighed men også gerne fysisk. Det er en del af at være sund at holde sit legeme sundt.

Vigtigheden af, at være en fysisk sund person i arbejdet understreges med fagligheden, der for Annette betyder, at man skal være et forbillede og derfor er nødt til at tænke sundhed. Anorektikere behøver i denne fortælling foregangsbilleder, der er sunde på ovenstående bestemte måder. Uden at vide meget om anoreksi, kunne man stille sig selv spørgsmålet, om ikke konfrontationen med netop disse bestemte sundhedsforståelser i sin tid har været med til at skabe anorektikernes problematikker.

Ovenstående citat slutter med en eksemplificering af den modsætningsfuldhed i forhold til sundhed, som interviewpersonerne igen og igen præsenterer. Hun siger, at folk er forskellige, og at der skal være plads til dét, men samtidig at man som leder må være opmærksom på det, at nogle ikke er sunde.

De tilgængelige subjektpositioner, der opstilles i de to citater får forskellige betydninger; den, der fremgår hos Tanja, åbner for vægtning af en udefinerbar mental sundhed og en afslappet holdning til fysisk sundhed, medmindre den er livstruende. Hos Annette kan det sunde subjekt definere, hvad der er meningsfuldt for det selv, så længe det vælger at holde sit legeme sundt, har en personlig robusthed, motionerer og tænker over, hvad det spiser. Den sidste får af An-

nette en uafvigelig legitimitet på arbejdspladsen – skal man arbejde med eksempelvis anorektikere, må man være et ”foregangsbillede”, siger hun.

### *Lyst til sundhed?*

I forlængelse af ovenstående positioneringer omkring sundhed, er det interessant at se nærmere på de fortællinger og ytringer omkring sundhed og sundhedsfremmeprojektet, der kommer fra lederne i casen, begrundet af den institutionaliserede magtposition de indtager. Ovenstående citat med Annette er én sådan fortælling fra ledelsens side. Følgende citat med Laila er et andet:

**Interviewer:** Nu har vi snakket meget om sundhed, men hvad er sundhed egentlig, hvad er sundhed for dig?

**Laila:** Jamen jeg tænker nok meget, sundhed for mig er nok forbundet med frihed, mulighed for at gøre det man har lyst til. Men jeg kan faktisk godt lide det mad, der er sundt, også før det blev sådan meget en trend. Så har jeg fra barn spist, sådan lidt mærkeligt kan jeg huske mine forældre syntes, fordi sådan noget som lagkage og sovs og sådan, det har jeg aldrig kunnet lide, så jeg har aldrig været fristet.

**Interviewer:** Nej okay, det hjælper jo lidt.

**Laila:** Så for mig handler det om at købe de ting, man har lyst til, og gøre det man vil, fordi jeg gør det, fordi jeg har lyst, jeg gør det ikke, fordi det er sundt. Så for mig har det været nemt.

Derfor lever jeg ikke sundt, jeg sidder og drikker kaffe, og jeg spiser da også slik engang imellem, men det er ikke sådan det, jeg har mest trang til.

**Interviewer:** Så på den måde så... findes der ikke nogen usunde mennesker, hvis de gør hvad de har lyst til?

**Laila:** Jeg tror, det betyder meget, at man gør, hvad man har lyst til. Selvfølgelig skal man have den viden, der skal til at vide, at hvis jeg ryger 40 smøger om dagen, så er der meget stor risiko for, at mine lunger bliver medtagede, og hvis jeg bliver tyk og fed og ikke bevæger mig, så kan jeg få diabetes og kredsløbsforstyrrelser, og alle de her ting, som vi godt ved. Og så må man vælge, hvordan man vil leve.

Det er selvfølgelig ikke alle, der har mulighed for, [at] købe det mad de gerne vil ha, det ved jeg da godt. Men man kan da købe mad, man ikke bliver tyk af, det er ikke dyrt det hele. Så jeg tænker, vi har et ansvar, og det mener jeg ikke arbejdspladsen skal tage fra medarbejderne!

**Interviewer:** Men skal arbejdspladsen så oplyse medarbejderne?

**Laila:** Det synes jeg, det synes jeg er godt [...] Det er ikke nogen, der er ansat her, der ikke ved det. Fordi det er uddannet sundhedspersonale alle sammen, så de ved rigtig meget om kost og motion og bør leve efter det, hvis det er det de gerne vil, ikke

**Interviewer:** Gør de så det?

**Laila:** Nej! Der er nogen, der er ret usunde... Men det er blevet bedre

**Interviewer:** Er der en accept omkring det, at der er nogen, der er usunde?

**Laila:** Ja det synes jeg. Der er da nogen, der gerne vil have Nutella på morgenmaden, og hvis de selv køber det, så lad dem da spise det. Men de bliver da sådan kærligt mobbet, vil jeg sige.

**Interviewer:** Okay.

**Laila:** Men de spiser det da. Det har vi da bare sådan lidt sjov ud af. Der er da accept. Men der er også en del rygere, jeg tror næsten halvdelen af personalet ryger.

Sundhed sammenkædes her med frihed og muligheder for at gøre, hvad man har lyst til. Samtidig betegnes kaffedrikning og slikspisning som usundt. Laila sammenkobler lysten til at gøre, hvad man vil, med den fornødne viden om mulige konsekvenser. Lyst og viden bliver i denne forståelse relaterede, og man må altså have den rigtige viden, for at kunne få den rigtige lyst. Laila taler om lyst, som en motivation der udspringer af viden om fysisk sundhed og især fysisk usundhed. Når man *ved*, at rygning giver medtagede lunger, og at fedme giver diabetes, bliver det attraktivt at indtage en subjektposition, som én der har lyst til ikke at ryge eller blive fed.

Dette giver et godt billede af den sproglige konstruktion af begreberne, der foregår i deres brug, og magten der former subjektet. Lyst bliver et sammensat begreb, der (i vores umiddelbare forståelse) dækker over tilfredsstillelsen af sanselige behov, hvilket Laila også kommer ind på med sin kaffedrikning og slikspisning. Men lyst er altså på samme tid et motiveret ønsket om at undgå den smerte, ydmygelse osv., der kan være de fysiologiske og sociale konsekvenser af at ryge, druk, at være fed osv. Men hvad, der er interessant, er, at Laila *bruger* begrebet lyst til at beskrive, hvordan man bør handle i forhold til sin sundhed. Hendes fortælling om sit eget forhold til en fysisk sund livsstil udspringer af en indre nydelse ved leve sundt, ikke af den viden, som hun senere fremhæver, at lysten må bygge på.

Samtidig er det interessant, at hun bruger et ladet begreb som lyst til at beskrive konsekvenserne af viden om risici. Rent logisk ville hendes argumentation være lige så sammenhængende, havde hun brugt ordet frygt til at anvise motivationen for adfærd gennem viden om konsekvenserne, men det klinger dårligt i fortællingen om, at man ønsker at være et forbillede for en sund levevis, og at sundhed er forbundet med frihed.

Medarbejderne positioneres overordnet som nogle, der har ansvaret for deres egen sundhed og har den fornødne viden til at leve op til dette ansvar. Alligevel er der nogen, der ikke gør det, hvilket man lader dem gøre – hvis de selv betaler. Dilemmaet med lyst fortsætter ved den

fysisk usunde adfærds italesættelse, som noget der ”er blevet bedre”. Der er en værdiladning forbundet med det at følge den vidensbaserede lyst til at være fysisk sund. Denne sundhed positioneres som bedre end rygning og nutellaspisning. På samme tid positioneres de fysisk usunde, som nogen man kan *mobbe kærligt og have lidt sjov ud af*. Der er således nogle bestemte positioner, der anses som værende bedre end deres modsætning. Disse indebærer en administration af lyst, som kendetegnes ved at dyrke motion og spise den rigtige kost, ikke at ryge, ikke at være fed og ikke at spise Nutella. Sundhed som lystbaseret kommer til at ligge meget nær ved den skabelse af mening, Annette tidligere omtalte; Sundhed er at gøre, som man har lyst til, når man forfølger det, der giver mening for en selv. Det ligger bare i de måder, lederne taler om sundhed på, at fysisk sundhed er det, der giver mening, og det som man *bør have lyst til* – eller *får lyst til* gennem viden. De giver ikke udtryk for overvejelser omkring, hvad det har af konsekvenser kun at købe visse former for madvarer eller at have lidt sjov med dem, der spiser andre former for madvarer.

Den generelle positionering af subjektet som ansvarlig for sin egen sundhed, handler ikke alene om, hvordan individet bærer et ansvar for sin egen tilværelse:

**Interviewer:** Sundhedsledelse, ledelsesprofil er det noget nyt, eller noget der har været med hele tiden?

**Laila:** Det er jo oppe i tiden og handler jo meget om fastholdelse og om økonomi, samfundsproblemer med livsstilsproblemer. Det er jo politisk styret, at man får øjnene op for, hvor meget det koster, og det synes jeg er rigtig godt. Jeg er jo nok lidt sundhedsfanatiker selv, har altid dyrket meget sport og spist sundt. Jeg har altid medtænkt det.

(Baseline)

Sundheden er individets ansvar, som ikke skal tages fra dem, men det er samtidigt et samfundsmæssigt problem. Ansvarret retter sig både mod arbejdspladsen i forhold som fastholdelse og økonomi, men også mod samfundet som helhed. Den usunde positioneres således som uansvarlig overfor både sig selv, arbejdsplads og samfund. Med en sådan positionering undrer det ikke, at sundhedstilstand forbindes med lyst hos Laila, da det forekommer relativt uattraktivt at indtage de subjektpositioner, der tilbydes som usund.

## 4.2. Sundhed i fagligheden

### *Medarbejderne som forbilleder*

På de tre arbejdspladser anvendes det, der kaldes miljøterapi i behandlingen af patienternes psykiatriske sygdomme. Miljøterapi går overordnet set ud på, at medarbejderne gennem deres handlinger viser patienterne, hvordan man lever et normalt liv. Som det også ses i ovenstående citater, tales medarbejdernes rolle som forbilleder for patienterne frem på nogle særlige måder i forhold til arbejdet. Dette må vi se nærmere på, for at se hvordan sundhed inddrages i nogle positioneringer, der blandt andet relateres til faglighed.

Således omtaler flere medarbejdere og især ledelsen, usund adfærd hos medarbejderne som uhensigtsmæssigt i forhold til patientplejen:

**Interviewer:** Synes du der er nogle på arbejdspladsen, [...] som har en, hvad skal man sige, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd?

(lang stilhed)

**Annette:** Nah, sådan decideret... Altså så har der jo været meget med rygning engang. [...] Jeg vil selvfølgelig ikke forbyde personalet at ryge. Men jeg ville ikke have, de skulle sidde og ryge med patienterne. Det var noget af det første, jeg... Og hold da op en modvind jeg kom i. [...] Altså så kom det jo så [med rygelovgivningen], at personalet slet ikke måtte ryge på matriklen, og nu står de så og ryger i smug derovre, og det må jeg se igennem fingre med... Men det var noget meget usundt noget, og det var rigtigt svært at få nogle personaler til at forstå, at man ikke skal stå og ryge sammen med patienterne... Så det synes jeg selvfølgelig er meget uhensigtsmæssigt, men det gør man så heller ikke mere nu...

**Interviewer:** Altså tænker du, at det var fordi.. at, det var simpelthen.. ja.. altså at næsten at støtte dem patienterne i en uhensigtsmæssig...

**Annette:** Ja. Det var noget frygteligt noget. Altså og jeg kan slet ikke forstå.. Man kunne godt se, at man ikke skulle stå og drikke bajere med patienterne. Hvorfor kunne man så ikke stå og ryge? Jeg kunne kun sammenligne det. Og det var noget frygteligt noget [...] Vi har heller ikke... mange eller svært overvægtige personaler heller, vel? Altså der hvor jeg egentlig, for vi har faktisk haft en del SSA-elever, som er nogle... *virkeligt* store nogen (taler om kropsstørrelse), og dét har jeg nogle gange tænkt lidt over... Og *de* er med i livsstilsgruppen. [...] Og det har jeg haft lidt svært ved... at håndtere, fordi det har jeg tænkt, at på et tidspunkt bliver vi nødt til at forholde os til dét også.

Det er interessant, at hun ikke vil gribe ind i forhold til medarbejdernes smugrygning. Begge ledere omtaler dette dilemma. Medarbejderne formår på én eller anden måde at yde modstand imod de institutionaliserede regler om, at man ikke må ryge på matriklen. Derfor må ledelsen se gennem fingre med, at de gør det i smug. Det er altså endnu stadig for problematisk for arbejdspladsen at regulere medarbejdernes rygevaner, selvom det er blevet gjort i forhold til andet forbrug af stimulanser som eksempelvis alkohol. Positionen som leder, der tillader medarbejdernes private laster, når de ikke skader andre, forekommer åbenbart mere attraktivt end at bruge sine beføjelser til at forbyde al rygning på matriklen.

Rygning kategoriseres som usund adfærd, og i rollen som forbillede for det normale skal man ikke stå og ryge med patienterne. Det fremgår ikke i nogen af de interviews, vi har lavet, hvorfor patienterne og personale ikke må ryge sammen. Ud over at det bliver gjort lige så slemt som at drikke bajere, hvilket indebærer en form for indlysende skadevirkning. Rygningens forbindelse med den psykiske lidelse, patienterne er diagnosticeret med, er ikke klart fremtrædende. Det står altså for fri fortolkning at vurdere, hvordan patienterne får det bedre af ikke at ryge med deres omsorgspersoner eller sygeplejere. Som det tidligere er fremhævet omkring

arbejdet med anorektikerne, skaber man gennem relationer med patienterne en ramme for normal adfærd.

Også overvægt bliver fremhævet som noget, Annette tænker over i relation til 'livsstilsgruppen'. Overvægt hos social- og sundhedsassistentelever er noget, man bliver nødt til at håndtere på et tidspunkt. På denne måde positioneres overvægt, som noget der ikke bare kan eksistere på arbejdspladsen på linje med andre værdier. Det er op til os som fortolkere af udsagnet at forstå denne logiske nødvendighed af at håndtere de overvægtige SSA-elever, der henvises til. Der tales således ikke om konkrete problematikker ved overvægten men til en implicit forståelse hos os som modtagere af hendes udsagn. Overvægt kategoriseres som problematisk i sig selv – med selvfølgelighed. Især i relation til livsstilsgruppen. Vi kender ikke til det konkrete arbejde i denne livsstilsgruppe, men det er tydeligvis absurd at være overvægtig i en sammenhæng, hvor emnet livsstil behandles i patientplejen. Det peger tilbage på en indbygget logik om, at man skal være det, man vil lære andre om.

Psykiatriens ledelse giver ingen generelle anvisninger på, hvordan deres miljøterapi praktiseres, men hos eksempelvis psykologerne Torben Schjødt og Torben Heinskou, der behandler begrebet miljøterapi, findes ingen nødvendig sammenhæng mellem eksempelvis medarbejdernes rygning eller overvægt, og behandlingen af psykiatriske patienter i en miljøterapeutisk ramme:

Miljøterapiens overordnede formål må være i overensstemmelse med behandlingsinstitutionens hovedopgave. Når det gælder psykiatriske behandlingsinstitutioner, er miljøterapiens formål derfor at hjælpe hver enkelt patient med at opnå symptomlindring og et bedre psykosocialt funktionsniveau samt bidrage til udvikling af patientens jegfunktioner og selvfølelse med henblik på større integration af personligheden og deraf følgende mindre psykisk sårbarhed og lidelse.

Miljøterapiens opgave kan på denne baggrund beskrives som *at skabe betingelser, der muliggør og fremmer positiv forandring af patientens psykiske tilstand.*

(Schjødt & Heinskou 2007)

Der foregår i citatet fra samtalen med Annette – som i flere andre – alligevel en sammenkædning af patientbehandling med fysisk sundhed, som går på den relationelle påvirkning, medarbejderne har overfor patienterne. Om dette er begrundet i det teoretiske begrebsapparat i miljøterapien som behandlingsmetode er uvist, men sammenkædningen er med til at positionere dem, der ryger eller er overvægtige, som nogle der er dårlige forbilleder og derved dårligere medarbejdere. Fysisk sundhed bliver af ledelsen *gjort* til en central del af medarbejdernes faglighed. Noget Dorte også ser som en naturlig del af arbejdet:

**Interviewer:** [...] Bruger I meget det der med fysisk sundhed og sådan noget i arbejdet?...

**Dorte:** Ja.

**Interviewer:** Er det noget, I tænker meget over?

**Dorte:** Altså det [er]... de der værdier, vi gerne vil give videre, ikke? Altså, det er også sådan noget...[vi] tænker i, hvad vi tilbyder de unge, ikke, og vi har også noget, der hedder 'løsninger for livet' for eksempel. Der lærer de også noget om kost og værdier og sådan... Altså det skulle gerne give dem lidt et højere selvværd, men også kigge på, hvad er det, de putter i munden og være bevidst om... Altså vi går meget op i sådan... sundhed i afdelingen. Også fysisk aktivitet – at det både er godt for sundheden, men det er også godt for den psykiske sundhed... Altså så det går vi meget op i, i arbejdet også, ikke?

Men der er en klar distinktion mellem Annettes og Dortes forståelse af sundhed i arbejdet. Når Dorte taler om værdier, de i arbejdet gerne vil give videre til de unge, taler hun først og fremmest om at give dem viden om kost og andre værdier som en del af et program, der hedder løsninger for livet. Men hun relaterer ikke denne viden til medarbejdernes egen sundhed, eller at medarbejderne bør være fysiske forbilleder for de unge. I følgende citat beskrives en faglighed om at indgå i relationer til patienterne, som er anderledes, end de relationer de har haft dårlige erfaringer med, inden de blev indlagt. Den fysiske sundhed ses som væsentlig i hendes faglighed i den udstrækning, den har konkret relevans for patienternes psykiske sundhed og deres selvværd, hvilket er i overensstemmelse med miljøterapien, som både hun selv og Schjødt og Heinskou præsenterer den:

**Interviewer:** Hvad er din funktion her?

**Dorte:** Jamen jeg er miljøterapeut... og social- og sundhedsassistent. Og så har jeg taget sådan en halvanden årig psykologi- diplom – halvdiplomuddannelse i miljøterapi.

**Interviewer:** Ja. Hvad går det ud på, hvad foretager du dig så?

**Dorte:** Det er sådan både at være kontaktperson og skabe relation og måske holde nogle rammer og observere de unge i de rammer, vi sætter op, med struktur og.. om de kan indgå sådan... Almene forventninger til det at være til, og når der sker rammebrud, så er det jo sådan... en mulighed for udvikling, eller man kan komme til at snakke om... "*hvad sker der, når du ikke kommer til morgenmøde*" for eksempel, eller "*hvordan kan vi hjælpe dig*", eller... Altså, hvis det bare er nogen, der jamen de kan sagtens indgå i forventninger eller aftaler med voksne og sådan noget, jamen så er det måske ikke her, de skal udvikle sig. Altså, det er jo noget, der bliver synligt for os... Ja over lidt tid, ikke? Men det er nogen af de ting, ikke? [Og så skal jeg] måske at have en dybere relation til nogle af dem, der er her lidt længere... og arbejde med det og... sådan måske være en anden slags voksen, end den de er vant til eller... der er kørt et eller andet skævt eller måske... finder vi ud af undervejs, at de er disponeret for en alvorligere psykisk lidelse, ikke? Så det kan være meget sådan... blandet... Nogen har en spiseforstyrrelse, nogen har en borderlineproblematik, eller er ved at udvikle skizofreni eller... og kommer måske med sådan et rigtigt dårligt forløb inden, ikke? Hvor der har været mange ting både i hjemmet og i skolen og venner og... Så. Det er noget af sådan... det jeg interesserer mig for.



Her fortælles om fagligheden som beroende på, at skabe relationer til og holde rammer og struktur for de unge. Det er den psykiatriske lidelse og behandlingen af denne, der er fagligheden. Derved muliggøres en subjektposition, hvor medarbejderen, der er i stand til at facilitere disse ting, kan fremstille sig selv som en dygtig fagperson. Den fysiske sundhed har i denne fortælling hovedsageligt relevans såfremt, den har indflydelse på de unges psykiske symptomer. Samtidig er det interessant, at hun i sin fortælling om arbejdets funktionsbeskrivelse ikke orienterer sig i forhold til positioneringen af medarbejderne som fysisk sunde forbilleder for de unge ud fra faglig argumentation. Det fremstilles ikke som bærende for fagligheden i denne fortælling. Der fremstilles på denne måde nogle forskellige subjektiveringsmuligheder for medarbejderne i relation til fagligheden. Det er ikke muligt at sige for os, hvilke former for positionering, der møder mest anerkendelse på arbejdspladsen, men positionerne er interessante at være opmærksomme på i forhold til en diskussion om, hvad det vil sige at være et forbillede for de psykiatriske patienter og derved at kunne positionere sig som en dygtig medarbejder.

### *Sikkerhed og sundhed*

I det lukkede afsnit med mange udadreagerende patienter, tales der generelt mere om personalesikkerheden, hvor de overvægtige medarbejdere fremstilles som en sikkerhedsrisiko:

**Interviewer:** Der [er] nogen [...] teorier omkring det her med usundhed og sundhed. At det kan skabe sådan en form for marginalisering på arbejdspladsen, at der er nogen, der er sunde, og nogen der ikke er sunde. Ser du nogen farer for sådan en tendens?

**Laila:** Det kunne vi godt se her, fordi vi er nødt til at være fysisk aktive. Altså, vi har jo indimellem alarmer, hvor vi skal løbe til alarmer, hvor vi skal pacificere vores voldsomme patienter. Og det kræver altså, at man har en god fysik, og man kan altså ikke løbe så stærkt, når man vejer 150kg.

**Interviewer:** Nej, så der er en fare for, at man kan se skævt til dem, der ikke [...] bidrager til [...] at skabe et trygt arbejdsmiljø?

**Laila:** Ja det kunne man godt gøre, og man kunne også godt tænke sig, at man ikke blev ansat, hvis man var overvægtig, fordi man kan simpelthen ikke løbe stærkt nok, og nogen gange går det rigtigt stærkt. Og vi kommer ud i nogle farlige situationer.

Her tales om en konkret fysisk trussel i arbejdet, hvor det at veje 150kg positioneres som problematisk, fordi man ikke kan løbe stærkt. Overvægt kan endog blive grunden til, at man ikke bliver ansat. Personalet kommer ud i farlige situationer, og i den forbindelse tales overvægtige frem, som nogen der ikke bidrager til pacificeringen – nogle ringere medarbejdere der bringer deres kolleger i fare. Dette kommer også til udtryk hos medarbejderne:

**Interviewer:** Sådan noget sundhed på den her arbejdsplads... synes du, det er vigtigt at være sund?

**Gerda:** Ja det synes jeg da, fordi jeg synes da, det er vigtigt, at vi sender et signal til patienterne. Og jeg synes også, at det er vigtigt, at vi gør noget motion og sådan noget. Altså, vi kommer ud i nogle ekstreme situationer, hvor vi også skal ligge og slås med dem ikke, og det kan jo ikke nytte noget, at vi taber vejret på halvvejen. Så jeg synes da, at det er vigtigt. Og jeg synes også, det er vigtigt, at man ikke ligesom sidder og... når man sidder og snakker kost med patienterne, at man ikke udstråler at, "*jamen jeg æder flødeskumskager hver dag*" vel...

Medarbejdernes forhold til fysisk sundhed fremstilles tosidet: Dels fortælles om vigtigheden af, at være i en fysisk form, der gør én i stand til at tackle de krævende situationer, der er i arbejdet med voldelige patienter. Hvis man i pressede situationer taber vejret på grund af sin fysiske form, bliver man således positioneret som en dårligere medarbejder. Samtidig omtales fagligheden med rollemodeller igen. Det er en del af arbejdet at snakke kost med patienterne, og i den sammenhæng skal man være et forbillede, der selv repræsenterer en bestemt adfærd omkring kost. Denne fokusering på vægt tegner et billede af de subjektpositioner, der tilbydes overvægtige medarbejdere: Som en ringere medarbejder, alene i kraft af overvægten.

Det er interessant at vende tilbage til den første del af citatet og det foregående citat. Begge citater fortæller om en faglighed, der handler om at slås med patienter. Det er et aspekt af fagligheden på det lukkede afsnit, der tales kraftigt frem i forhold til overvægtige medarbejdere. Tanja, som meget vel nærmer sig den problematiserede grænse på 150kg, personificerer på flere måder den subjektposition, der italesættes hos Laila og Gerda. Hun har nogle perspektiver på beslægtede emner:

**Tanja:** Og den fysiske sundhed... Joeah... Altså til en vis grad, altså [...] jeg ligger lige på grænsen, jeg skal ikke være tungere. [S]å løber jeg ikke ordentligt jo... og vi skal jo kunne løbe til alarm... Til gengæld altså... Jeg har ret mange kræfter. Jeg kan sagtens lægge en person ned, og jeg har også en stærk fornemmelse, at kollegaerne godt ved det... De er trygge ved mig i sådan nogen situationer, ikke? Så det er godt nok... Til gengæld løber jeg så... det gør jeg ikke... Men jeg når frem som regel. [...] Så det ligger på grænsen, ikke? Og [...] man skal være [...] fysisk sund. Det kan ikke nytte noget, hvis du er hjertesvag eller sådan noget lignende. Det dutter ikke i den her branche her... Og dog har vi da også nogen, som skrænter lidt på grund af det ene eller det andet, og [det] kan også godt lade sig gøre, men så skal de helst være i dagvagt, hvor der er flere... [og jeg er kun i] aftenvagt, og jeg synes, jeg er afhængig af, at vi er fire, som tager ved, hvis der skal ske noget, og det gør der jo nogen gange. Der *sker* noget... Og vi skal helst være sådan mentalt sunde også... Fordi nogle gange, så er der nogen [medarbejdere], der... hidser folk (patienterne) op. Altså, man reagerer uhensigtsmæssigt, [når] man har en ophidsende... og sidder på dem i stedet for. Det er ikke godt. Så det hele, det er vigtigt.

Tanja indtager positionen, som en der er på grænsen til ikke at kunne løbe hurtigt nok, hvilket kan være et problem, hvorfor hun ikke skal blive tungere. Til gengæld opvejes hurtigheden af hendes fysiske styrke, hvormed hun skaber en anden subjektposition i forhold til fagligheden i

psykiatrien: Den fysisk stærke som tryghedsskabende i arbejdet. Endvidere fortæller Tanja om en fysisk sundhed, hvor hjertesvage ikke kan være i branchen. Der er således andre sundhedstilstande, der tales frem som mere uhensigtsmæssige i arbejdssammenhæng, og som kræver ekstrabemanding for at kunne være på arbejdspladsen.

Yderligere tales et fagligt aspekt frem, der har relation til arbejdet med patienterne. Det at have en ophidsende virkning på patienterne bliver fremtalt som uhensigtsmæssigt. Tanja betragter denne mentale sundhed som værende en del af fagligheden. Dette åbner for en positionering i forhold til sundhed, der ikke går på vægt eller fysisk sundhed, men den måde hvorpå medarbejderen indgår i relationer med patienterne, som hjælper til at forebygge konflikter, og derved kan positionere sig som fagligt dygtig. Ud fra det fokus arbejdspladsen har på *mindste middels princip*, hvor det handler om at bruge mindst mulig tvang i arbejdet (empirirapport, 63), må det at kunne forebygge voldsomme episoder nødvendigvis være en positiv egenskab.

### *Psykisk sundhed og faglighed*

Netop dette aspekt omkring den mentale sundhed er i det ungdomspsykiatriske afsnit også centralt for fagligheden, hvor der lægges vægt på de følelsesmæssige aspekter af arbejdet. Således citerede vi tidligere Dorte, der beskrev, hvordan miljøterapien går ud på andet og mere end at være et fysisk forbillede, ligesom ledelsen betoner robusthed.

Arbejdet i psykiatrien handler for plejepersonalet om at opstille rammer for patienternes adfærd og at lære dem, hvordan man indgår i relationer med andre mennesker. Patienterne tales frem som nogen, der har brug for rammer, hvor opstillingen af rammerne bruges som led i diagnosticeringen, når patienterne bryder dem. Dorte beskriver desuden, hvordan der er tale om unge mennesker med personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser, som stiller følelsesmæssige krav og fordrer mentale ressourcer hos medarbejderne. I sin overordnede beskrivelse af de krav, arbejdet stiller til medarbejderen, inddrager Dorte, som vi tidligere så, ikke medarbejderens fysiske sundhed som værende betydningsfuldt for arbejdet med patienterne.

Et vilkår for at kunne samarbejde på arbejdspladsen, handler om at opretholde en relation med patienterne, hvor de ikke får lov til at spille personalet ud imod hinanden:

**Dorte:** Lige i øjeblikket der har vi en pige, jamen hun... sætter den ene kontaktperson op på en piedestal, og den anden er bare den sorteste væmmelige [...]personale. Hun snakker ikke engang til hende. Den anden snakker hun til og har en rigtigt god kontakt med, ikke? Og så hvis den også får lov til at køre i personalet. Jamen vi skal passe rigtigt [på]... Altså der er jo en grund til, at hun har brug for at dele verden op.. på den måde, ikke? Og det er jo ikke bare, fordi jeg er et dårligt menneske, eller at jeg ikke har forstået hende, altså hun [er] jo psykisk syg. Altså, det er bare fordi, hendes måde at klare verden på, det er måske at placere de der ting, hun ikke kan rumme, så bliver de placeret i omverden, og hvis vi begynder at spille med på hendes spil.. Jamen så er vi på den, og det tænker jeg kan være noget af det. Det kan også være med til, at man får det skidt. Hvis ikke der bliver taget hånd om det, ikke?

Når man indgår i relationer med patienterne, bliver man påvirket af deres sygdom. Det kræver, at der bliver taget hånd om det, og det kræver, at medarbejderne har overskud til at tackle situationen gennem kollegiale relationer. Patienterne positioneres som risikable for arbejdsmiljøet i og med, at de kan skabe problemer og konflikter i personalegruppen gennem splitting. Samtidig betyder det, at det får værdi, hvis man som leder eller medarbejder er i stand til at håndtere den slags udfordringer. På trods af denne bevidsthed i personalegruppen om ikke at indgå i kollegiale relationer på patienternes præmisser, hvor nogle medarbejders karakteristika problematiseres overfor andre, er det, som vi vil undersøge i det følgende, legitimt at omtale sundhedsadfærden hos sine kolleger.

### 4.3. Kategorisering af de usunde

De forskellige sundhedsdiskurser, aktørerne bringer i spil i empirien, rummer korresponderende kategorisering af, hvad det vil betyde at være en usund medarbejder. I denne sammenhæng skal kategorier forstås ud fra Davies og Harrés definition, som den er beskrevet i teori-afsnittet: En erfaring om, hvilke sociale kategorier vi tilhører, og hvilke vi ikke tilhører. En praksis som betyder, at vi tillærer os kategoriens sprogbrug og forpligter os følelsesmæssigt på at leve ud fra, hvad vi tillægger personer tilhørende denne kategori som væsentlige karakteristika. Dermed bliver andres kategorisering af de kategorier, vi forpligter os på, problematisk, hvis den er i modstrid med vores selvforståelse.

I dette afsnit vil vi se nærmere på, hvordan der sker bestemte positioneringer af de usunde i forhold til kategorien, de oplever at tilhøre. Dermed uddybes og tilføjes perspektiver til de mulige subjektpositioner, der tales frem i forhold til sundheden:

**Laila:** Ja altså man må ikke ryge her på matriklen[...] Herfra og så ned til [hovedvejen], [må man ikke] ryge. Det bliver ikke overholdt. Men jeg påtaler det, hvis jeg ser det. Og det ved de godt. De skal ikke stå og ryge. Men de lusker ud og ryger, det ved jeg, det kan jeg lugte på deres tøj. Og jeg har det sådan. Jeg vil ikke se, de gør det, men jeg render ikke og leder efter dem for at skælde ud og sige "*fy, det må I ikke*". Men de er udmærket klar over, at det må de ikke. Men det er lidt svært, når overlægen også ryger og stiller sig derude og selv vil bestemme. De glemmer, de er rollemodeller.

**Interviewer 2:** Du siger, det er sådan med overvægt, er det sådan imellem medarbejderne... påtaler man det eller?

**Laila:** Nej. Det synes jeg ikke. Det har jeg ikke indtryk af. Det kan godt være, man siger, "*skal du nu ud og ryge igen?*" men det er ikke noget, jeg hører. Og jeg hører heller ikke nogen, der kommer og er kede af, at de er blevet mobbet – det tror jeg ikke, de gør – med deres svagheder.

**Interviewer 2:** (Pause) Nej?

**Laila:** Så er det mere sådan åbent drilleri, men det er sådan meget kærligt ment, synes jeg.

## **Interviewer + Interviewer 2: Ja?**

**Interviewer:** Det kan man sige, det kan jo også være hårdt nok.

**Laila:** Jo fordi man ved det godt. Men det er jo også sådan, at man selv bringer det op. Tænker jeg. Sådan, når der bliver sådan lidt snak omkring det ikke også; *"ja jeg skulle også holde op med at ryge"* eller; *"jeg ved også godt jeg er for tyk altså, jeg kan jo ikke løbe så stærkt."* Det er der jo nogen, der godt tør sige. Så er det jo naturligt at komme til at snakke om det. Men jeg oplever ikke, at der er nogen, der bliver mobbet.

Her foregår en meget klar positionering af de usunde medarbejdere, der fremstilles som nogen, der har svagheder, de er bevidste om, men som de ikke handler i forhold til. Hendes fortælling om, at de usunde medarbejdere bliver konfronteret med deres svagheder på en kærlig og åben måde, hviler på hendes overbevisning om, at en adfærdsændring hos dem er for deres eget bedste. Positioneringen af de usunde medarbejdere henviser til nogle iboende værdier af sund adfærd. Det er mindre godt at være tyk eller at ryge, og de ved det godt, medarbejderne. Rygning og det at være fed er svagheder: Der åbnes, som vi også tidligere har set, ikke for positioner, hvor disse træk er tegn på positive tilvalg af mening, lyst, hobbyer eller livsnydelse.

Laila oplever ikke, at medarbejderne kommer til hende med oplevelser af mobning, hvilket bliver lidt selvmodsigende af, at hun positionerer disse medarbejdere som nogen, der også godt selv ved, at de er usunde, og at *hvis* der er mobning, er den kærlig og for deres egen skyld. I stedet anlægges der en positiv holdning til de medarbejdere, der bekender deres svagthed (altså usundhed) til hende som modige mennesker (parallellen til pastorens syndsforladelse er åbenlys).

**Interviewer:** Så der er altså nogen, der fokuserer meget på det (kost) Ja... Sådan er det nok mange steder.

**Dorte:** Ja, men det er okay. Altså, det er okay med mig altså... Nej men jeg kan godt lide smør på brødet, (griner) og sådan er det... Dét bliver jeg da nogen gange punket for. *"Ej det skal vi da ikke have" ... "Jeg skal!"*

**Interviewer:** Bliver du punket for det her, eller hvad siger du?

**Dorte:** Det kan jeg da godt. Altså ikke på den dårlige måde, men altså... Det er jo usundt og sådan noget, men det er der jo så meget, der er. Men man siger jo ikke til én: *"Nej, men du render rundt med 25 kilo overvægt, det er heller ikke sundt"*, vel? Det gør man jo ikke, vel?

Både ledelse og medarbejdere tilskriver denne marginaliserende adfærd en modalitet, fordi den adfærd, marginaliseringen anviser, kan begrundes ud fra positive værdier. Er drilleri godt, hvis det er åbent og kærligt ment? Kan man punkes på en ikke-dårlig måde? Dorte beskriver, hvordan man har mulighed for at begrunde sin *dårlige* adfærd ved at angribe den andens sundhedsadfærd, hvilket hun ikke finder rimeligt at gøre. Der er således nogle, der ikke ønsker, at italesætte ytringer der skaber negative positioneringer af andre. Selvom hun formår at gøre

modstand mod kollegernes holdning til usund kost ved at insistere på sit valg om at spise smør på brødet, finder hun det ikke rimeligt, at påtale andres sundhedsadfærd. Det er interessant, at der gælder andre spilleregler for hende end for andre, da hun accepterer deres punk.

### *Rygerne*

En adfærd, der både er socialt og i visse sammenhænge juridisk illegitim, er rygning. I et historisk perspektiv er det interessant, at man for en generation siden gjorde op med alkohol på arbejdspladsen, hvilket Annette brugte som argument for at få medarbejderne til at ændre rygevaner på arbejdspladsen, inden rygeloven ordnede problemet for hende (se citatet i afsnit 4.2.) Man kan så med udgangspunkt i blandt andet dette speciale overveje, om ikke den øgede diagnosticering, der medfører øget viden om eksempelvis sundhedsskadelig adfærd, som Ger-gen taler om (2006), skaber problemet frem for adfærden i sig selv. Kombineret med den stadig stigende politisering og regulering af det hele liv, som staten udvikler sig imod (Foucault 1978), vil den øgede diagnosticering medføre lignende adfærdsregulerende politikker for de øvrige og fremtidige 'forkerte' måder at leve på. Der er eksempelvis i mange børneinstitutioner sukkerpolitikker, der gør det muligt for forældrene selv at vurdere, hvor meget slik deres børn skal indtage – når de kommer hjem. Omvendt har forældrene langt mindre mulighed for at begrænse børnenes indtag af frugt, for hvem ville dog regulere en så åbenlyst god adfærd?

I forbindelse med forskningsprojektets baselinestudie, beskrev Laila sin rolle i forhold til medarbejdernes sundhed således:

**Interviewer:** Føler du dig ansvarlig i forhold til dine medarbejders sundhed?

**Laila:** Ja, det synes jeg, at jeg gør, men jeg er overhovedet ikke den der prædiker moral eller rygestop, men jeg kan godt finde på at spørge ind til det, for man må jo f.eks. ikke ryge her på arbejdspladsen. Jeg har blandt andet lige læst en bog om rygestop, ikke fordi jeg er ryger, men fordi jeg havde hørt, at den havde fået så gode anmeldelser, og folk stoppende med at ryge bare af at læse den. Og den har jeg da anbefalet til en, der gerne vil stoppe med at ryge. Bogen beskriver bare rygning og vaner og afhængighed, der er ikke nogle løftede pegefingre eller prædiken, og det er det jeg tror virker.

(Baseline)

Laila hævder ikke at prædike moral eller anwise sundhedsadfærd, når hun i ovenstående citat anbefaler medarbejderne rygestopplitteratur og andetsteds beskriver sig selv som rollemodel i sin egenskab som afdelingsleder. Det at spørge ind til en adfærd er imidlertid en italesættelse eller en problematisering af den: Når man stiller spørgsmål til folks rygevaner (i dette tilfælde legitimeret af det, at man ikke må ryge på arbejdspladsen), rummer det en implicit normativitet om, at rygning ikke er godt. Ved at udlåne denne fuldstændig neutrale bog, der *blot* beskriver *neutrale* begreber som *vaner* og *afhængighed*, sender hun samtidigt et signal til alle andre rygere i afdelingen om, hvilken holdning hun har til rygning. Det kan godt være, at hun ikke stiller sig op i frokoststuen og fortæller, at hun synes rygerne skal stoppe med at ryge, men

hun positionerer rygerne som nogle, der har et problem, og understreger, at hun gerne hjælper dem med at ændre livsstil.

Rygerne forholder også selv deres adfærd til diskursen om rygere. Således siger Dorte:

**Interviewer:** Men aktiviteterne skulle munde ud i noget, der var KRAM, altså kost, rygning, alkohol og motion, ikke? [...]

**Dorte:** Jamen det er jo også en lidt løftet pegefinger, eller du ved, nu skal du spise sundt, og du skal ikke ryge, og... altså jeg ryger også. Så det er godt, jeg ikke er overvægtig også, ikke? Eller hvad? (griner) Ikke? Så havde den været helt gal, ikke?

**Interviewer:** Du har tænkt det lidt som... at projektet kunne opfattes som en løftet pegefinger?

**Dorte:** (trækker på det) Lidt... Altså men det der med at være ryger i dag, det er jo ikke... så velset, det jo ikke så accepteret. Genér en ryger og red din dag, ikke? Altså... (Interviewer griner) Nårh ja altså sådan kan man godt opleve det, man skal nogen gange være sådan, sådan lidt "jamen det har jeg valgt, og sådan er det", eller... "Du kan bare anvise mig stedet, hvor jeg kan ryge", ikke, og så... Men jeg har da også overvejet den... Tiderne kommer nok, hvor man [kun] må ryge i sit eget hjem... måske hah.

Hun ser projektet som en løftet pegefinger, der anviser en korrekt sundhedsadfærd, hvor man skal have et fornuftigt forhold til KRAM. Som ryger føler hun sig generelt forfulgt af sundhedsapostle, der ser det som deres kald at genere rygerne. Derfor er det godt, at hun ikke også er overvægtig. Så havde den været helt gal. Som ryger positioneres man som en, der har brug for hjælp, fordi man ikke følger idealerne. Dorte fremstår gennem hele interviewet som én, der har held med at stritte imod denne positionering ved at holde fast i, at det er hendes valg at ryge. Til forskel fra den positionering af rygere, vi har set hidtil, nægter hun at indtage en subjektposition som irrationel, uansvarlig ryger uden kontrol. Dorte tager en subjektposition som handlende ryger. Det er dog væsentligt, at hun samtidig positionerer sig som én, der ikke er overvægtig, selvom hun ikke synes, det er vigtigt at leve fysisk sundt. Dette gør hun ud fra erfaringen om, at usunde forfølges, hvorfor det er vigtigt at kunne leve op til i hvert fald nogle af sundhedsidealene. Derfor deltager hun også i projektet og dyrker det motion, hun skal ud fra en implicit norm:

**Dorte:** Det (projektets aktiviteter) synes jeg er fint nok, det er gratis træning og sådan noget, ikke? Det synes jeg er okay. At jeg så ikke har været der så meget her i sommer og sådan noget, ikke? Men det har heller aldrig været min ambition. En gang om ugen, ikke, det må være nok – jeg cykler også på arbejde.



### *Sanselighedens rationalitet*

Vi har tidligere været inde på, at Dorte formår at vælge at spise smør på brødet og at ryge på trods af, at en sådan subjektposition problematiseres af kolleger og ledelse. Samtidig formår hun at rationalisere sit valg ud fra en prioritering af andre værdier i sundhedsdiskursen:

**Interviewer:** Hvis vi skal komme ind [på] projektet, hvordan tænker du så på sundhed?

**Dorte:** Altså nu har vi jo fået frugtordning. Nu er jeg ikke den store frugtspiser... Jeg så hellere, at vi havde en kageordning. Men jeg ved ikke. Jeg er ikke så sund på *den* måde. Altså, jeg tænker mere i livskvalitet...

Men den position Dorte åbner i forhold til sundhed, hvor hun betegner livskvalitet og kagespisning som vigtigt, er under pres, hvilket hun også selv giver udtryk for:

**Interviewer:** [H]ar du en fornemmelse af, at alle så også følger det [at spise sundt], eller synes du, der er nogen, der ikke gør *det* nok, eller hvad man skal sige?

**Dorte:** Ej det har jeg da ikke nogen mening om? Altså, folk må vel gøre, som de har lyst til, altså jeg ville da også synes, at hvis jeg sad og spiste kage, at hvis der var en der sagde "*puha*" eller noget, at "*det må du ikke*" eller sådan noget, så ville... "*Det kan du sgu da blande dig uden om*" eller, altså... Men det er... Vi er. Det er blevet rigelig... Altså vi får jo frugt morgen, middag, aften og altid, ikke? Altså så det er lidt sådan, så vi joker lidt med, at vi må da have en kagedag også, ikke? Altså det er fint nok, jeg synes det er okay, ikke, men... at så fanatiske skal vi vel heller ikke være? ...

Frugtordningen skaber ifølge Dorte *et* fællesskab, hvor man fremhæver kageordning som et tiltrængt alternativ. Men det bliver ved joken, og det er også "*fint nok*", at der er en frugtordning. Som et symbol på adgangen til det gode liv, kan man ikke tillade sig at tale dårligt om frugten, mens kagen aldrig bliver et reelt alternativ. I ovenstående citat beskriver hun, at man ikke bør blande sig i andres kagespisning, men alligevel accepterer hun, som vi tidligere har været inde på, når kollegerne giver udtryk for en holdning til hendes smør på brødet.

Man behøver ikke *have* den usunde fysiske fremtoning. Man behøver ikke være overvægtig for at blive påtalt eller positioneret på baggrund af sin sundhedsadfærd. Som vi også har set i citatet med Gerda (i afsnit 4.2. om *Sikkerhed og sundhed*), handler sundheden også om at have en bestemt udstråling. Adfærd, der potentielt kan gøre én usund, påtales og nødvendiggør derfor selvrefleksion hos medarbejderen, der må spørge sig selv, om det virkelig er værd at risikere usundhed og tidlig død, hvis man spiser kage eller putter smør på brødet. Der er gode chancer for, at medarbejderen i forvejen kender til de risici, der er forbundet med at spise smør eller kage, og rent faktisk har taget stilling på trods af disse, men italesættelsen af disse risici i den konkrete situation tvinger til en genovervejelse og konfrontation med rationaliteten af ens valg. Man risikerer at blive positioneret som selvmodsiggende, når man konfronteres med oplysningerne om at kage og smør er usundt, men stadig spiser det.

Når Dorte formår at opretholde både sin subjektposition som selvvalgt ryger, samt som smør- og kagenyder, aktualiserer hun (mindst) to konkurrerende livssyn. Hun viser med sine udsagn om at *ville* have smør og at *ville* ryge, at man kan vælge sin adfærd ud fra ønsket om at opleve en smag, konsistens, følelse af afslappethed eller hvilken kropslig oplevelse, man forbinder med det at spise smør eller ryge. Vi vil kalde det en *sanselighedens rationalitet*; argumentet for at kunne indtage subjektpositionen som én, der forfølger ønsket om at gøre ting, der stimulerer sanserne for oplevelsens skyld, uanset om der måtte være forbundne sundhedsmæssige risici. Det der populært ville blive kategoriseret som en livsnyder.

Denne rationalitet er, som vi også kan se i mange af de foregående citater, under pres, fordi sundhedsrationaliteten, der baseres på positive erfaringer med fysisk sundhed, frygten for at blive syg, risikoen for at fremstå som uansvarlig i forhold til samfundet og anerkendelsen ved at leve det gode liv tales stærkt frem i mange sammenhænge. Vi kan ikke sige, at *alle* må gøre sig forståelige ud fra den, men vi ser i vores case, at alle medarbejdere og ledere i større eller mindre grad gør det. Selv Dorte, der med held positionerer sig som selvvalgt ryger osv., beskriver væsentligheden i samtidig ikke at risikere kategoriseringen som overvægtig. Kritikken eller modstanden mod diskursen relateres altså i denne sammenhæng til diskursen selv.

### *De overvægtige*

Vi har talt om, hvordan fysisk sundhed ses som en central del af medarbejdernes faglighed. Når man skal vise patienterne, hvordan de skal leve sundt, handler det ikke blot om at anviser *korrekt* adfærd i forhold til fysisk sundhed eller at indgå i meningsfulde relationer. Det handler også om selve sundhedstilstanden hos medarbejderne: Således beskriver Annette blandt andet, hvordan overvægt i sig selv er et problem i patientplejen. Hun finder det absurd, at de er med i livsstilsgrupper med patienterne, alene fordi de "*er nogle virkelig store nogen*", og det er noget, hun på et tidspunkt må forholde sig til. Man kan sige, at en forskel på overvægtige mennesker og andre, der ikke lever op til sundhedsidealene, er, at begrebet i sig selv beskriver afvigelse fra normalen – fra det ideelle: Når man taler om overvægt, ligger der i ordet en beskrivelse af vægten som værende noget andet – noget der er for meget af. Man refererer ikke alene til en fysisk størrelse, men til en tilstand, der i sig selv er problematisk.

Tanja giver et eksempel på samfundets kategorisering af den overvægtige:

**Interviewer:** Der er nogen forskere, der ser på, at der også kan være sådan en sygeliggørelse af ting, som måske ikke er en reel trussel. På den måde, så kan folk rent faktisk gå hen og få det dårligt over noget, som de ikke havde det dårligt over før, bare fordi at [sundhedsvejlederen] ser sygdom, hvor der måske ikke nødvendigvis er sygdom...

**Tanja:** Det hænder også, at – har jeg hørt – visse overvægtige mennesker – ikke noget problem jeg har som sådan, [...] Men min søster for eksempel som også er overvægtig... Hun orker næsten ikke at gå til lægen mere, fordi hun har sådan en fornemmelse af, at det første han siger – altså næsten lige gyldig hvilket problem hun har, så er det: "*Det ville jo også hjælpe, hvis du tabte 10 kilo, ikke?*" Ja. Det kan

godt være, ikke. Og det orker man ikke, vel. Fordi, at jeg havde en meget fornuftig læge, som sagde, godt nok havde jeg fået hælesporer, og jeg blev med at køre i "ej det var sgu ikke godt nok det der vægt altså". Og han sagde "jamen det er ikke derfor du har fået dem. Det er ikke fordi, du er overvægtig. Slanke mennesker, de får også hælesporer... Fordi det er en skade, der sker". Det eneste, man kan sige, det er, at det kan være sværere at komme af med igen... På grund af vægten, ikke? Men... Og det er jo selvfølgelig noget... Altså delvist påduttet. Altså, det får man påduttet hele tiden, ikke, at... Vægt vægt vægt vægt altså... hvor stor betydning den har, ikke?

**Interviewer:** Jamen det er jo dét

**Tanja:** Det betyder da også, altså jeg vil da ikke tale det bort. Det har da en vis betydning.

**Interviewer:** Men det er ikke sikkert, det relaterer sig til alt andet i dit liv

**Tanja:** Nej. Og det gør det heller ikke [...] Det er jo det. Det kan man også se her, hvor vi havde vores aktiviteter her... Hvor vi legede – ih hvor vi legede... Og så skulle vi igennem hulahopringe... Så skulle vi køre igennem dem – vi stod på rad og række der... Så skulle vi have kørt igennem hulahopringe, holde hinanden i hænderne, og have en hulahopring op over os, og så videre til den næste... Jeg tænkte altså, det går ikke. Det går ikke det her. (begge griner) Det gjorde det. Jeg var én af de hurtigste! (interviewer griner højt) Det er fordi, jeg er hypermobil, ikke, så et eller andet sted, så har det ikke så stor betydning.

Her beskrives det, hvordan man qua sin vægt kan indfanges i kategorien overvægtig i mødet med sundhedsvæsenet. Tanjas søster positioneres som én, der ikke lever op til ekspertens anvisninger, ved at have en adfærd der er til skade for hende selv. Konsekvensen af den subjektposition, hun tilbydes af lægen, bliver, at hun bliver væk fra lægen for ikke at skulle undergå denne subjektivering. I stedet risikerer hun at få sygdom, hun ikke får behandlet, hvilket givetvis kan være en lige så stor risiko for hende som hendes overvægt.

Tanja fortæller om, hvordan hun selv er klar over "det der vægt", hvilket underbygger Lailas erfaring om, at man, hvis man passer ind i en *usund* kategori, godt selv ved det. Det er ikke bare ledernes forestilling (afsnit 4.1. om *Lyst til sundhed*). Medarbejderne, inklusive de der lever fysisk usundt, ved godt, hvad kategorier som sund eller usund indebærer. Og Tanja er klar til at indtage positionen som selvskadelig overvægtig, for på den måde om ikke andet at kunne fremstå som bevidst, vidende eller modig, fordi hun bekender de *svagheder*, andre definerer.

De usunde medarbejdere positioneres som nogen, der – bl.a. gennem deres faglighed – har den fornødne viden til at kunne forfølge en fysisk sund livsstil, men som vælger ikke at leve efter den. Selvom både ledelse og andre medarbejdere gentagende fremstiller det som den eneste meningsfulde subjektposition i forhold til sundhed; at være en der har lyst til at være sund (afsnit 4.1. om *Lyst til sundhed*). Når man som usund både fremstilles som bevidst om

fravalget af social agtelse og tilvalget af fysiske og sociale risici og alligevel ikke har lyst til fysisk sund adfærd, fremstår logikken bag ens valg som uforståelige. Det at hengive sig til sanserne accepteres til en vis udstrækning; selv Laila gør jo usunde ting. Det, ikke selv at tage kontrol i forhold til den meningsfulde sundhedsadfærd (afsnit 4.1 *formuleringer omkring sundhed*), problematiseres implicit i empirien. Derved opstår en position, som fremstiller de fysisk usunde som ukontrollerede og logisk usammenhængende.

Det bliver et problem både for dem, der anses som værende overvægtige, og for rygere, at de foruden deres – fra visse positioner – meningsløse lyst til fysisk usundhed, også positioneres som uansvarlige i forhold til samfundet, som potentielt farlige, når situationerne med patienterne spidser til, og som dårlige forbilleder i arbejdet. Som Laila også fremhæver (i afsnit 4.2. om *Sikkerhed og sundhed*) vil den etablerede forståelse af usunde føre til en udelukkelse af denne gruppe mennesker; de er simpelthen ikke ønskede på arbejdspladsen på lige fod med sunde medarbejdere.

Vi forsøger i samtalen med Tanja at gøre hende i stand til at indtage en position, hvor rationaliteten om overvægt i sig selv ikke er problematisk, hvilket hun til en vis grad gør. Men hun relativiserer alligevel de oplevelser, der havde potentiale for at opbygge en tro på, at overvægten ikke i sig selv er et problem. Hun forklarer, at hendes overvægt er en forhindring for at komme af med hælesporerne, og hun tilskriver hendes succes i legen med, at hun er hypermobil.

Fortællinger der kunne fremstille Tanja som én, der har et positivt forhold til sin vægt, står meget svagt, både gennem andre citater og deres fremstilling af overvægtige som meningsløse osv. Men også gennem Tanjas egen fortælling om konsekvenserne af hendes fysiske tilstand. Tanja kender kategorierne, og hun har ikke undgået de subjektiveringer, som normerne omkring kategorien overvægtig foreskriver.

Som vi tidligere har beskrevet, oplever Tanja i *Du bestemmer*-samtaleforløbet, at sundhedsvejlederen Clara bliver for terapeutisk:

**Interviewer:** Hvad oplevede du i de der samtaler, at du blev altså. At ud fra din situation, at du... Altså...

**Tanja:** Følte at jeg skulle stå til ansvar for mit problem?

**Interviewer:** Ja

**Tanja:** Nej. Jamen lige pludselig står jeg i en situation, hvor jeg skal... Ja ind og se hvorfor [jeg] er det sådan, og når jeg så siger sådan, så forventer hun også, at jeg skal gøre noget ved det nu. Og det er jeg ikke parat til. Og et eller andet sted, så. Hvilket jeg også gav til udtryk for til gruppesamtalerne. At, jeg har jo en angst for, at hvis jeg... går hen og taber mig... altså piller af. At... så piller jeg også noget af min barriere så at sige, ikke. Så jeg har brug for psykolog og andre ting måske i dén situation. Det er jeg bange for. Det er ikke sikkert, det sker, men det kunne være rart at have dem. Så det er ikke noget, jeg bare gør let på den måde der, og desuden så... Altså nu har jeg altså været overvægtig i ret mange år... Og jeg går stærkt ud fra, at der er en årsag til det... Og det går ikke væk, bare fordi Clara sid-

der og stiller mig nogle spørgsmål, så nemt går tingene ikke. Og når jeg så er inde i en stresset periode, så er det altså ikke nu, så meget ved jeg da i hvert fald, så er det ikke nu, jeg skal gøre det.

Tanja fortæller først om de implicitte forventninger til hendes lyst til at arbejde med hendes "problem", der blev taget for givet via hendes deltagelse i sundhedsfremmeprojektet.

At skulle arbejde med dette i den konkrete sammenhæng skræmmer Tanja, der positionerer sig som en, der sandsynligvis har brug for en psykolog for at komme sit problem med overvægten til livs. Hun har en angst for, at hun ved at tabe sig nedbryder sin "barriere". Skal man tage Davies og Harré ind i en psykologisk analyse af Tanja, kan man sige, at hun gennem sin levede praksis som overvægtig forpligter sig på de karakteristika, hun forbinder med kategorien overvægtige. Hun oplever, at hendes overvægt giver hende en robusthed, som hun frygter at miste ved at tabe sig, hvorfor hun både skal have ressourcer til at ændre livsstil og have mulighed for at få hjælp af en psykolog, hvis hendes frygt for at miste noget udover vægten viser sig at være begrundet. På den anden side skabes en kategorisering af den overvægtige som problematisk på mange måder, hvorfor Tanja ønsker sig væk fra de karakteristika, der er forbundet med den negative kategorisering.

Tanjas rationalisering, hvor hun i høj grad psykologiserer sin adfærd, er ikke langt fra vores subjektforståelse. Det er givet, at det vil have konsekvenser, hvis hun skal til at ændre livsstil og skal tillære andre karakteristika og andre subjektpositioner. Men om det vil opleves positivt eller negativt for Tanja er svært at gisne om.

Det problematiske i sammenhæng med denne sundhedssamtale opstår ved, at hun tvinges til at forholde sig til, *hvorfor* hun er overvægtig, fordi det i sig selv er et problem. Det fremstilles ikke som et meningsfuldt valg at prioritere at leve usundt og dermed bringe sit lange gode liv i fare. Positionen som frivillig overvægtig tilbydes aldrig.

Også forskningsprojektet, arbejdspladserne deltager i, er med til at kategorisere de overvægtige, i det NFAs spørgeskema spørger til medarbejdernes vægt:

**Tanja:** Der har også kørt en anden undersøgelse med hensyn til arbejdsmiljø via... vi får sådan nogle...

**Interviewer 1:** Spørgeskemaer?

**Tanja:** Ja.

**Interviewer 2:** Ja, det bliver lavet sideløbende med det, vi laver. Så det er samme rapport, eller hvad man skal sige.

**Tanja:** Ja. Og den første gang jeg fik det der [skema]... [var de] også meget emsige, for hvis vi ikke svarede med det samme, så fik jeg en rykker. Og der gik jeg jo så i gang med det der, og jeg tænkte også på, arh – der må man sige, jamen det kan jeg ikke huske vel altså skal jeg nu... hvor meget arbejde skal jeg lægge i det her, ikke? Og så kommer du til højde og vægt. Altså hvad fanden rager det egent-

lig dig. Der stod jeg af [...] Men jeg tog mig jo så sammen og ringede ind til dem, og så sagde jeg vil ikke deltage, og så slap jeg fra yderligere rykkere. [...]så starter [de] forfra på anden runde, så ignorerer de altså, at man er meldt fra, og de skriver også, at de ignorerer at man har meldt fra, så... startede det forfra. Og så tænkte jeg på... jeg var lige ved at gøre det samme igen... melde fra... Men så tog jeg mig sammen og tænkte på. Nej nu skal de altså have at vide, for jeg synes altså ikke at arbejdsvilkårene her er særligt gode, så nu skal jeg altså have skrevet noget ned... Så nu gør jeg mig selv en tjeneste og får svaret på det her, og så kommer jeg igen til det der højde og vægt, ikke? Og jeg tænkte. Men jeg tænkte igen, hvad rager det dig, men jeg skrev det... Men... (leder efter ordene) jeg tror faktisk jeg var fræk nok til at stille spørgsmålstegn ud for det... Eller et eller andet. Jeg gjorde et eller andet.

**Interviewer 1:** Skulle du udfylde navn, eller var det anonymt?

**Tanja:** Ja... Altså det er anonymt, men der er jo et nummer på bagsiden af den der, så de ved, hvem der har svaret, Og ikke har svaret.

(Interviewer 1 og 2 taler i munden på hinanden om anonymitet)

**Tanja:** Ja det er også lige meget et eller andet sted, og jeg kan godt fortælle jer det, men min mening er bare, at hvad skal I med den oplysning? Hvad skal folk med den oplysning altid? Hvilken betydning har det? Så... jeg siger fra nogen gange.

Det er åbenbart ud fra en anden videnskabelig praksis interessant i sig selv at have vægten som til parameter at skabe korrelationer med de andre ting, der bliver spurgt til i spørgeskemaet. Ting som tillid til ledelsen og arbejdsmiljø. Man nøjes ikke med at spørge til det selvvalderede helbred. Tallet vægt skal med, og på den måde bliver det også nemmere at skabe nogle kategoriseringer eller føje nogle betegnede til begrebet vægt, så overvægt kan komme til at fremstå endnu mere irrationelt.

Det er muligt, at det ud fra et naturvidenskabeligt paradigme ikke vurderes, at et sådan spørgsmål kan skabe problemer for selve validiteten af talmaterialet, men for Tanja betyder det, at hun ikke svarer på spørgsmålet i første runde. Dermed mister både forskningsprojektet mulighed for at kvantificere, ligesom Tanja endnu engang får kategoriseringen af de overvægtige at føle. Denne modstand kan ses som Tanjas egen lille kamp, både imod positioneringen af hende selv, men også imod den generelle positionering og kategorisering af overvægtige mennesker, der sker på baggrund af den form for kvantitative analyser som spørgeskemaet bidrager til.

Helt analogt med Mik-Meyers artikel (2008) er den overvægtige medarbejder også i risiko for social marginalisering:

**Interviewer:** Synes du egentlig, når du tænker over det sådan, det der sladren, der er, kan det også gå på for eksempel. Nu snakkede du selv om dit [...] tidligere

misbrug [...] det er jo en meget personlig ting, må man sige... ehm, går det også sådan på andres personlige... altså sundhed og...

**Gerda:** Ja det gør det

**Interviewer:** Så der er sådan noget muren i krogene med det?

**Gerda:** Ja der kan man godt sige: *"hold da op eh, har du set Tanjas mave"* eller... *"nej hvor er den stor"* og... sådan nogle ting ikke også...

**Interviewer:** Okay, det er sådan noget, man hører?

**Gerda:** Ja, ja... eller *"dén har lige gjort sådan"*, og sådan noget... og sådan noget; *"se hende der, hun har altid skjorte på"* og.. Så nogen gange er det sådan noget ondt ikke... Det kan da godt være, at Tanjas mave er stor, men så sig det til hende, det har jeg også gjort ikke... og hun er ikke en person, der bliver muggen og sur, når man kommer... Hun bliver sur, når man går og snakker om hende i krogene ikke... men det er gerne sådan nogle ting, og hvis man så ligesom siger; *"jamen så sig det dog til Tanja!"*; *"nej, nej. Gu vil vi ej"* ... vel... så jeg synes nogen gange godt, det kan være sådan lidt onskabsfuldt.

Når man, som overvægtig kommer til at indtage illegitime positioner som langsom, farlig, uansvarlig og meningsløs på arbejdspladsen på grund af sin fysiske fremtoning eller sundhedsadfærd, vil det med sandsynlighed påvirke måden, hvorpå man kan indgå i relationer på arbejdspladsen. At kollegerne problematiserer Tanjas overvægt og taler om det, vidner om den marginalisering der foregår på baggrund af sundhedsadfærden.

At Gerda finder det mere ærligt at gå direkte til hende med holdningen, peger imod en kombination af, hvordan nogle føler det som deres ansvar at hjælpe de usunde med at blive bevidste om deres usundhed, og Gerdas trang til at bekende de ubehagelige tanker, hun går og har omkring Tanja. Dét at føle sig i stand til at sige til Tanja, at hun har en stor mave, legitimerer åbenbart ens mulighed for at bagtale hende. Det refererer til en holdning til, at det, man siger om andre, er i orden, så længe man også føler sig i stand til at sige det til den, man taler om. Det er en spændende logik, at det, at sige hvad man mener, er en kvalitet, som hjælper den, man er ærlig overfor. Tanja ved - som vi tidligere har været inde på - allerede, at hendes mave er stor. Når Gerda fortæller hende det, bliver det var endnu en konfrontation med positioneringen af hendes adfærd som værende problematisk.

## 4.4. Mental sundhed

### *Mental sundhed, omsorgssamtaler og sygefravær*

Ledelsen udtrykker stor interesse for de arbejdsmiljømæssige udfordringer, der er i de respektive afdelinger. Således er Lailas motivation for at arbejde som leder i psykiatrien, at der, da hun blev leder, var tale om en afdeling med så store arbejdsmiljømæssige problemstillinger, at den var lukningstruet. Som nævnt er en del af deres argumentation for at deltage i sundheds-

fremmeprojektet desuden, at det rummer et tilbud om fysisk aktivitet for personalet, hvilket afdelingslederne oplever som givende i deres liv og som de under medarbejderne.

I interviewene fortælles der ydermere om, at mental sundhed har nogle bestemte betydninger for arbejdsforholdene og for medarbejdernes sygefravær. I forhold til denne *mentale sundhed* kommer nogle interessante sociale dynamikker til udtryk i empirien. Vi er tidligere stødt på begrebet, hvor det af Tanja præsenteres som noget, der giver evnen til at være rolig og kunne forebygge konflikter. Den mentale sundhed behøver i den sammenhæng ikke nødvendigvis at bære en række lighedspunkter med den fysiske sundhed, vi hidtil har beskæftiget os med i analysen. Den er relevant, både ud fra vores – af Patti Lather inspirerede – ønske om at lade empirien tale det interessante frem, og fordi den tales frem som et aspekt af sundhed, der fremstår som en alternativ fokusering til det fysiske aspekt.

Annette fortæller her om mental sundhed som noget hun synes, der skal være mere fokus på:

**Annette:** Det man gør med frugt og vand og motion skal være en del af, [...] personalets tilgængelighed i én eller anden forstand. Det synes jeg. Og så synes jeg, at [...] som der jo også er lidt øget fokus på; [...] den mentale sundhed... [...] så folk ikke bare er så svage og altid melder sig syge, der skal være lidt mere fokus på... tænker jeg, ikke?

Annette har tidligere omtalt nødvendigheden af, at medarbejdere i psykiatrien har en form for mental og fysisk robusthed. Her taler hun om mental sundhed i forlængelse af KRAM-tilbuddene, som noget der skal gøres en indsats overfor. Medarbejderne positioneres som nogle, der aktuelt ikke lever op til hendes krav om robusthed. Arbejdet i psykiatrien kræver denne robusthed, og det er noget medarbejderne skal finde frem. Rammerne for arbejdet problematiseres ikke, og ved at fremme mental sundhed kan man gøre medarbejderne i stand til ikke at melde sig syge altid. Det er efter hendes mening denne mentale sundhed, der bør være genstand for en sundhedsfremmende indsats, men problemet bliver placeret i medarbejdernes holdning.

For at imødekomme sygefraværet – mentalt som fysisk, har man indført omsorgssamtaler. Annette giver her et indblik i begrundelsen omkring disse:

**Annette:** [...] Der er generelt for meget [sygefravær]. Der er i hvert fald en tendens til, at man for nemt sygemelder sig. [...] Der skal ikke ret meget til, før så bliver man sygemeldt og bliver fraværende igennem længere tid... Så det er helt klart et arbejds punkt.

**Interviewer:** [...] Hvad er det, de melder sig syge for, tror du?

**Annette:** [...] Nu arbejder vi med nogle svært håndterbare psykiske problemer, hvor personalets [...] personlighed jo kommer i spil eller kan blive udsat i en eller anden forstand... Og de kriser, der eventuelt kan opstå, har mange sygemeldt sig fra. Og [det] har vi... fået øje på og er ved at komme ind i en proces, hvor vi meget tidligere tager kontakt med de her [medarbejdere], og hjælper dem til at komme tilbage på arbejde, og faktisk bearbejde den hér – på arbejdspladsen. [...]



**Interviewer:** Okay. Hvordan arbejder I med dét [...] i afdelingen, altså sådan internt?

**Annette:** Altså dels er det jo Pia og jeg, der ligesom er ansvarlige for det. Når folk er sygemeldte, så vil jeg gerne vide, hvorfor de er det, fordi, jeg vil gerne vide, om det handler om noget, der er sket på arbejdet. [...] Hvis jeg ved, det er en influenza, så kunne jeg ikke drømme om at kontakte folk[...] Personalet er også blevet gode til, at; *"er hun sygemeldt i dag? Av, og jeg snakkede med hende om noget, der var rigtigt svært i går."* Som jeg ellers ikke ville have fået at vide...[det] er de gode til at bringe ind, og de er også blevet gode til at sige; *"Bare sig det er mig der har sagt det"*. Så kan jeg bedre ringe op og sige; *"Du er sygemeldt i dag. Jeg hører sådan og sådan fra i går."* *"Altså det har ikke noget på sig. Jeg har simpelthen fået feber."* eller; *"Ja, det er rigtigt, jeg er sygemeldt af det."* *"Okay, kan vi aftale, at du kommer ind til en snak?"* Så der er fokus på, [...] selvfølgelig mere for nogen end andre, det er jo en lang proces, ikke? Men der er fokus på, at de ting, der er arbejdsrelaterede, at de kommer op [...] Tidligere og hurtigere. Men det er en lang proces. Og selvfølgelig hvis folk har influenza, så lader jeg dem være i 14 dage. Bare jeg ved, det så er det. Så... [...]

**Interviewer:** Jeg kunne godt tænke mig at høre, [...] hvordan bliver det taget imod, det at [...] du tager hånd om det her... arbejdsrelaterede sygefravær?

**Annette:** Altså... Det synes jeg faktisk er positivt nu. Det må jeg sige, [...] det har givet en lettelse. Sådan var det absolut ikke i starten. Det var det ikke. Der var man meget sådan... - skal vi bruge et grimt ord – sådan nærmest paranoide overfor sådan nogle ting... Men jeg synes da, at jeg har fået gode tilbagemeldinger [...] Det kommer så også an på, hvem i personalegruppen... Der er nogle, der er mere fremmede, hvad det angår, og nogle er mere tilbagetrukkede. Det er noget, der er ved at brede sig, noget man har fokus på.

Her rejses en række interessante aspekter af den moderne ledelseskultur. På den ene side udtrykkes der forståelse for de svære arbejdsbetingelser, som medarbejderne *kan* blive belastede af. Medarbejderne positioneres som kompetente til selv at identificere og overkomme sygdom, der eksempelvis skyldes influenza, uden arbejdets indblanding. Men på den anden side positionerer Annette igen medarbejderne, som en gruppe der generelt melder sig syge for let, og som må have hjælp til at vurdere, *om* deres sygdom er legitim at melde sig syg på baggrund af. Hvis det er fysisk sygdom, bliver de *selvfølgelig* ikke kontaktet, men hvis der er grund til mistanke om, at det kan være arbejdsrelateret, er Annette nødt til at hjælpe dem med en snak om problemerne. Samtidig bliver der skabt en subjektposition, hvor den gode medarbejder er en, der er god til at fortælle, hvis deres kolleger har årsager til at være syge, og derved kan legitimere *omsorgen* fra arbejdspladsen. Derved skabes en kultur, hvor medarbejderne bekender deres kollegers problemer. En kultur man i starten var nærmest paranoid overfor. De medarbejdere, der ikke hilser ledelsens omsorg velkommen positioneres – i modsætning til den gode medarbejder – som nærmest paranoide personer, der ikke har udviklet sig i forhold til deres kolleger. Men det er nu inde i en positiv udvikling. På den anden arbejdsplads ser vi hos Tanja denne mistro udtrykt:

**Tanja:** [...] Jeg var faktisk til en samtale her, for nu havde jeg haft tre sygeperioder i løbet af en eller anden periode... Ja det skulle så opfattes som en omsorgssamtale... Det... (sukker) blev det måske også til, men min reaktion på at jeg blev indkaldt til samtale, den var sådan virkelig, "*ej det er for dårligt!*" og sådan noget ikke, og hvordan kan de kalde det for en periode [...] jeg synes det ville have været bedre, hvis min afdelingsleder i stedet for var kommet, når jeg var blevet raskmeldt, og så "*nå hvordan har du det?*". Altså "*hvordan går det med øjet?*" altså... Men det gør hun ikke.

Tanjas reaktion tyder på, at medarbejderne ikke altid bryder sig om at blive indkaldt til samtaler under deres sygdomsforløb. Tanja uddyber ikke, hvad det "*dårlige*" ved at blive kaldt til omsorgssamtale er, men hun giver udtryk for, at omsorg bedre drages ved, at ledelsen kommer hen og spørger, hvordan det går – når sygdommen er overstået. Gerda har en holdning til sygefraværet, der ligner den, som Annette Fremstiller, og ser omsorgssamtalen som et udmærket initiativ:

**Interviewer:** [...]Hvordan synes du sygefravær omgås på arbejdspladsen? [...]

**Gerda:** Jeg synes det omgås meget let.

**Interviewer:** Ja?

**Gerda:** Jeg synes man meget, meget hurtigt har en sygedag[...] Jeg synes, fordi man lige hoster lidt, kan man godt komme på arbejde, og der er folk bare meget hurtige ikke?

**Interviewer:** Så du synes, det virker nogen gange, som om de lige bliver lidt for let syge eller? Hvordan skal jeg sige det?

**Gerda:** Ja!

**Interviewer:** Ja okay [...] Får det nogen konsekvenser, synes du?

**Gerda:** Altså nu har man jo lavet [noget], der hedder en omsorgssamtale, hvis man har haft tre perioder med sygdom ikke?

**Interviewer:** Over en periode eller hvad?

**Gerda:** Ja, og så kommer man til en samtale inde hos sin leder ikke, om hvorfor og hvad kan det være [...] og det tror jeg da er, det er også lidt fordi, at folk skal til at tænke sig lidt om. Altså, man skal nok ikke bare sige, "*det er fordi jeg lige havde lidt ondt i navlen*" eller sådan noget ikke? [...] og det synes jeg er fint og... det bliver jo også, det er jo ikke nogen bebrejdende samtale. Det er en lidt omsorgssamtale, ikke? "*Er der noget vi kan gøre for dig*" og sådan noget, ikke?

Gerda giver udtryk for en positiv holdning til tiltaget omkring omsorgssamtaler. Dels fordi hun finder det problematisk, at andre lægger sig syge for let, hvilket hun ligesom Annette finder

det rimeligt, at medarbejderne forholdes til. Dels fordi hun ser samtalen som en oprigtig interesse hos ledelsen omkring hendes problemer.

Man kunne forestille sig, at Tanja ikke føler det som omsorg at blive bragt i en situation, hvor man skal *"tænke sig lidt om"*, selvom det *"jo ikke [er] nogen bebrejdende samtale"*. Omsorgssamtalen må betragtes som et værktøj til at imødekomme en fælles interesse hos arbejdsplads og medarbejder om at få vedkommende tilbage på arbejdspladsen hurtigst muligt. Men det er samtidig et værktøj, der implementerer særlige magtdynamikker, hvor det legitimeres at forholde medarbejderen med sin sygdom, ligesom arbejdspladsen ansporer medarbejderne til at føre justits med egen og andres sygdom.

### *Arbejds-mæssig belastning og illegitimt sygefravær*

Mindre sygefravær kan givetvis være en rigtig god ting, hvilket både ledere og medarbejdere er enige om. Der er masser af opgaver, der skal løftes, og man må ikke kalde vikarer ind på grund af besparelser i regionen (Lund et al. 2010). Men hvad skal man som medarbejder gøre, hvis man rent faktisk synes, at arbejdet er meget hårdt, og man nogen gange føler et behov en pause fra det psykiske pres?

**Interviewer:** Nej jeg tænker bare, hvis du siger, folk de har meget godt styr på det med at vide [...], hvad sundhed er, [...] hvad de skal spise og sådan nogle ting, altså.. Har [projektet]så nogen effekt [på sygefraværet], tror du?

**Dorte:** Næ. Det tror jeg ikke, nej. Altså, jeg tror, der er en anden [...] faktor, der er større i sygefraværet. Det er måske belastningen i arbejdet, ikke[...] Alt det vi skal rumme og holde ud og være. Altså hvis du arbejder for meget, jamen så kan du godt blive fuldstændig:[...] Hvis en.. patient siger noget til mig, så om to minutter, så skriger jeg ind i væggen, eller.. sådan et eller andet, ikke? Altså så er det måske på tide at tage en... sygedag. Eller et eller andet ikke?

Og videre siger hun:

**Dorte:** Jeg ved ikke, om det kan [være] legalt. Altså, det er jo ikke legalt, at du bliver hjemme, fordi du har arbejdet for meget, eller det er jo sådan, du har det, ikke? Jeg tror godt, Du kan sige det højt; *"Jeg magter bare ikke"*, men det udløser altså ikke, at du.. bliver hjemme i otte timer, med mindre du kalder det ondt i hovedet eller... influenzasymptomer[...] Det er jo sådan noget præ-... stressagtigt eller et eller andet, fordi nu... kan du ikke mere, vel? Hvis du har arbejdet ti dage i træk[...] Så er det måske sådan lidt...

Og videre:

**Interviewer:** Skal det være sådan, at man bliver nødt til at tage sygedage, fordi man er helt mast? Er det på den måde, man...

**Dorte:** Nej. Det skulle det helst ikke være, men altså nogen gange så [...]kan du ikke... Altså jeg kan jo ikke bestemme, hvordan verden ser ud her. Jeg kan ikke bestemme, hvad for nogle patienter, der kommer ind. Vi... tager akutte patienter, ikke, og... Altså men jeg kan godt tænke sådan lidt, at... personalet er det, der kommer sidst. Patienterne kommer først[...] Og selvfølgelig har vi et ansvar overfor at behandle unge med psykiske lidelser, men [...]vi skal jo også have det... rimeligt okay for at kunne gøre det, ikke? Så jeg tænker, det er vigtigt også at beskæftige sig med den del af det...

**Interviewer:** [K]unne man gøre noget for, at du ikke får et behov for... at tage de her sygedage... eller at alle ikke får behov for det...

**Dorte:** Nu skal du ikke tro, at det sker hele tiden (griner nervøst)

**Interviewer:** Nej men sådan opfatter jeg det overhovedet heller ikke.

Fortællingen om alt det, man skal kunne rumme og være i forhold til patienterne og til arbejdet, fører hos Dorte til behovet for til tider at melde sig syg. Positioneringen af medarbejderne som værende nogen, der for nemt melder sig syge, får her et modsvar i fortællingen om arbejdet og arbejdspladsen, som et sted der *gør* medarbejderne syge. Den type sygefravær, Dorte omtaler, opfattes som illegalt på arbejdspladsen, hvilket hun både siger direkte, og også søger at klargøre i sin positionering overfor os i interviewsituationen; *"Nu skal du ikke tro, at det sker hele tiden"*. Det er forkert at blive betragtet som én, der ofte tager sig pauser, når belastningen er for høj. Samtidig fremstiller hun sig selv i interviewrelationen, som en der er i stand til at vurdere hvornår hun er ved at blive stresset

Dorte fortæller videre om mulighederne for at indtage en legitim position, som en medarbejder der har brug for sygedage på grund af det arbejdsmæssige pres:

**Interviewer:** [...]Hvis man skulle berøre det her problem, og [...]sådan anerkende [...] stress, eller hvad man kan kalde det – overbelastning – som sygdom. Hvordan undgår man, at det skaber en kultur, hvor.. altså hvor grænserne så bliver flyttet for det? [...]

**Dorte:** Altså, jeg tænker måske[...] På det første kræver det vel også en ærlighed om, at kalde en spade for en spade, eller det er det, det handler om, ikke? Og på det andet, jamen så kunne det måske også udløse en eller anden snak med ens leder, uden at det bar karakter af, at nu skal vi... undersøge en hel masse om dig, og hvor dårligt du ikke fungerer (griner) [...]Vi har jo alle sammen vores grænser for, hvornår... at det er nok ikke? [...] Altså jeg er sikker på, at hvis jeg ringer til Annette, min afdelingssygeplejerske, og sagde: *"Jeg var altså syg i går, og det hang sammen med sådan og sådan, jamen så ville hun tage en snak med mig"*, altså det var ikke sådan, at det var fyringsgrund eller et eller andet, ikke? Men [hun] ville også kigge efter, *"jamen hvad kan vi gøre for dig, Dorte?"* Og sige et eller andet *"Når du får det sådan, hvad..."* eller... altså jeg tror da, hun ville tage godt imod det [...]

**Interviewer:** Det er ikke noget, du har snakket med din tillidsrepræsentant om?

**Dorte:** Nej? (Overrasket)

**Interviewer:** Har I en tillidsrepræsentant?

**Dorte:** Ja? (Overrasket) Det tænker jeg, jeg ville aldrig snakke med ham om. Hvad kunne han hjælpe mig med? (griner) Eller... Nej? Jamen det kunne da godt være? Det ved jeg ikke.

**Interviewer:** [...] Det jo fortroligt, det man videregiver.

**Dorte:** Altså, vi har jo også en sikkerhedsrepræsentant i afdelingen, som vel også er sådan tovholder på noget med arbejdsmiljø, ikke? Men altså, det ved jeg ikke, jeg ville nok... altså passe... altså man passer lidt på sig selv, ikke? Man vil jo gerne fremstå, som en... troværdig og god medarbejder, ikke? Og ikke bare sådan en der bare lægger sig syg, når.. kedlen koger, ikke?

Vi ser her Dorte udtrykke konsekvenserne af de modstridende aspekter ved omsorgskulturen, ledelsen søger at implementere: Dorte har end ikke overvejet at tale med sin tillidsmand eller sikkerhedsrepræsentant, som ud fra en traditionel forståelse af arbejdsmarkedsrelationer burde være medarbejdernes betroede i kampen for bedre arbejdsvilkår. Hun har stærk tiltro til, at hendes leder ville være den rigtigste person at gå til, hvis hun skulle ønske at tale om sine problemer, og det ser ud til, at hendes loyalitet eller følelse af forpligtelse i højere grad ligger hos lederen end hos kollegerne. I hvert fald når det omhandler sygefravær. Frygten er først og fremmest at skulle indtage positionen som en dårlig eller svag medarbejder, hvilket blandt andet er én, der lægger sig syg. Man kunne tro, at beslutningen om at stoppe med at bruge vikarer ville medføre fokus på arbejdsmiljøet, og at medarbejderne rykkede tættere sammen. Men som vi før så hos Gerda udtrykkes der mistillid til legitimiteten af kollegernes sygefravær, måske især nu hvor andres fravær betyder, at ens egen arbejdsdag bliver hårdere.

Måske af samme grund giver Dorte udtryk for, at der er en form for tabuisering forbundet med det psykiske arbejdsmiljø. Man kan ikke bare komme og fortælle – hverken til kolleger eller leder – at man ikke er oplagt, eller at noget har været så hårdt, at man må have en sygedag for at klare sit hoved. Selvom man tilskyndes at tale om episoderne, bliver man fremstillet som én, der har ondt i navlen eller er svag. Og løsningen på problemet bliver, at man selv må arbejde med sit problem, også selvom årsagen er arbejdet. Og arbejdet med problemet skal gøres i arbejdet. Ikke derhjemme. Når Dorte ikke betror sig til sine kolleger eller leder, kan det hænge sammen med, at hun ser sig i stand til selv at vurdere, om hun har brug for en sygedag. Overlader hun diagnosticeringen til lederen risikerer hun stigmatisering og overbelastning.

I ovenstående citat vises desuden det overskridende potentiale ved interview som empiriproduktion. Vi udfordrer Dortes fortællinger om problemerne i arbejdsmiljøet ved at gøre hende opmærksom på TR og SRs rolle på arbejdspladsen, og det lader til, at det sætter nogle overvejelser i gang hos hende, men ender alligevel med, at hun også over for dem er nødt til at passe på sig selv for ikke at skulle indtage subjektpositionen som dårlig medarbejder; én der bare

lægger sig syg. Dette er et eksempel på hvordan Dorte agerer i forhold til de subjektpositioner hun ønsker at indtage.

### *New Public Management og win-win-logik*

Løsningen på, hvordan man kommer sygefraværet til livs, ligger - ud fra ledernes italesættelser - i en adfærdændring hos medarbejderne i forhold til deres fysiske eller mentale sundhed - ikke i forbedringer af arbejdsforholdene. Når man indkaldes til omsorgssamtale, handler det om, at arbejdspladsen hjælper én til at håndtere situationen og blive mindre svag. Medarbejdernes indbyrdes tillid er en nøgle til at få bearbejdet tingene på arbejdspladsen, hvilket Annette fremhæver i forhold til det psykiske arbejdsmiljø:

**Annette:** [...] Altså, generelt må man sige, at det er under [...] meget fin udvikling. Det er blevet meget meget bedre igennem de her tre år (hendes ledelsesperiode). [...] Og jeg synes, der er blevet en større tillid - i blandt medarbejderne til at kunne stole på hinanden - lave fejl, altså der er en større tillid mellem hinanden... Som måske også er den tillid, der gør, at Pia og jeg kan komme på banen i forhold til at ringe, når folk er syge - og tage de ting op, hvor personalet tør gå til os og fortælle, hvad én har sagt, uden at skal føle sig som 'sladrehanke' eller... Det bliver taget i en anden ånd, kan man sige ikke? Så jo, jeg synes generelt, at... det er godt. Det bliver bedre og bedre. Det er under udvikling.

Annette underbygger forståelsen af, at både medarbejdere og arbejdsplads har gavn af en adfærd, hvor man fortæller, hvad man ved om hinanden i relation til sygefravær. En adfærd, hvor man fortæller om andres årsager til fravær, italesættes positivt. Det er ikke at sladre til forskel fra den 'almindelige' opfattelse af folk, der fortæller chefen om andres gøremål og laden. Annette bruger et begreb til at legitimere denne frihed til at tale for hinanden: Udviklingen af større *tillid* medarbejderne imellem og ledelse og medarbejdere imellem.

Det er interessant, at Annette bruger begrebet tillid i denne sammenhæng. Vi har set eksempler på, hvordan Gerda taler om kolleger, der for let har ondt i navnen, Dorte passer på at hun ikke fremstår som svag, og Tanja finder det problematisk, at Laila indkalder hende til en formel samtale frem for at høre hende, hvordan hun har det. Tilliden, der tales om, er således mellem Annette og *den gode medarbejder*, der fortæller om kollegernes årsager til sygdom. Nogle opfatter disse initiativer som reel omsorg, men samtidig er sikkerheds- og tillidsrepræsentant ikke en allieret, ligesom der ikke tales om modsatrettede interesser ledelse og medarbejdere imellem.

Ikke nok med, at man bliver kaldt til formelle samtaler ved sygdom, det bliver også tydeliggjort overfor kollegerne, hvis man har for meget sygefravær:

**Annette:** Og det [omsorgssamtaler] er ikke sådan noget fordækt noget. Altså, det bliver simpelthen skrevet i kalenderen; *"Annette og Pia holder omsorgssamtale med... den og den."* Så ved personalet *"nå så det er altså ikke kun os, der kan se, at hun har så mange sygemeldinger. Der er nogen, der håndterer det."* Og det bliver

gjort som en omsorgssamtale... Og siger: "Vi kan se, at du har haft 4 sygeperioder inden for tre måneder. Hvad handler det om?"

Annette ser det som selvfølgeligt, at medarbejderne alligevel overvåger hinanden, hvorfor man som leder bedre kan legitimere sine handlinger, hvis man stiller dem til offentligt skue. Der er noget selvmodsigende i de udsagn, Annette kommer med omkring medarbejdernes indbyrdes tillid. Sammenhængen mellem at overvåge hinandens sygemeldinger og en stærk tillid til hinanden forekommer ikke umiddelbart logisk. Det er subtile magtmekanismer, der i spil i organiseringen af samspilsrelationerne på arbejdspladsen.

Om det med omsorgssamtalerne så er *fordækt* eller ej er svært at afgøre. Det, at ledelsen viser, at der tages hånd om problemerne ved at skrive på opslagstavlen, når nogen skal til en sådan samtale, bliver i denne optik en interessant konstruktion. Ledelsen institutionaliserer omsorgssamtalen som en åben proces, hvor alle medarbejdere kan se, at sygefraværet håndteres. Men denne åbenhed omkring *omsorgen*, og håndteringen af sygefraværet, problematiserer samtidig selve det at blive syg. Det kan være forklaringen på, at Dorte ikke vil virke svag, eller endnu ikke er gået til sin leder. Fordi hun ved, at sygefraværet håndteres, hvis det ikke er den *rigtige* form for sygefravær.

Ud fra ovenstående kan det fremstå, som om de interviewede ledere er underlagt to modsatte ledelsesdiskurser. Én hvor man ud fra en omsorgsdiskurs følelsesmæssigt forpligtes på at have forståelse for sine medarbejders problemstillinger, som man *søger* at imødekomme efter bedste evne. Og en anden hvor man må se sygefravær som en risiko for afdelingens drift. Annette giver her udtryk for sin opmærksomhed på, hvilken rationalitet medarbejderne skal høre, og hvilken hun skal passe på med at give udtryk for:

**Annette:** Det har nok mere været sådan en kultur om, at man... ikke fordi man ikke må sygemelde sig, når man bliver skilt, [...] eller hvad der måtte ske. Altså mange ting er jo forståelige, men der har bare været sådan en kutyme af, at man sygemeldte sig for et godt ord. Underforstået at nu var man skrøbelig, at nu skulle man passe lidt på sig selv, eller jeg ved ikke [...] Jeg skal jo passe på... Nu kan jeg godt sige det her, men jeg kan jo ikke sige det ud til mine kollegaer, for det skaber ikke en god ånd. Men altså, det er dårlig arbejdsmoral, kan man sige, altså... hvad er det for en slatten holdning? Vi skal jo heller ikke have 'arbeit macht frei' eller 'kæft trit og retning'... men jeg mener, det er lidt usundt. Jeg kunne godt tænke mig lidt mere mental sundhed, at altså... på den måde, og der ved jeg ikke, om lige netop dét projekt... rykker så forfærdelig meget ved det problem.

**Interviewer:** Så kunne du forestille dig, at hvis man skulle arbejde med sundhed, at dét kunne være et sted, man kunne tage fat, altså?

**Annette:** Ja. Det er mere mental sundhed, tror jeg... hvad det angår. Så det, det kunne jeg godt forestille mig.

Medarbejderne positioneres igen som nogen, der – i henhold til kutyme – melder sig syge for et godt ord, og Annette fremstiller den dobbelte situation, hun er i. Interviewsamtalen tillader

hende at positionere medarbejderne som havende en slatten holdning og en dårlig arbejdsmoral, men overfor kollegerne må hun tilbageholde eller tilpasse sådanne ytringer. Som beskrevet, fremstår hun som den omsorgsfulde leder, medarbejderne kan komme til, hvis de har problemer i arbejdet, eller hvis de er bekymrede for (eller har mistanke om) deres kolleger. Vi har tidligere berørt, hvordan omsorgssamtalerne kan ses som eksempel på denne omsorgsfulde ledelsesdiskurs, men der er udtryk for modsatrettede interesser hos ledelsen – de modsatrettede hensyn i forholdet mellem ledelse og medarbejdere relaterer sig udmærket til nogle immanente problematikker, der ligger i New Public Management (NPM), der udgør den rationalitet, den offentlige sektor styres under (Lund et al. 2008). Ser man på ovenstående citater, handler retorikken omkring medarbejdernes indbyrdes forhold - og forholdet til ledelsen - om tillid, ansvarlighed, ærlighed og omsorg. Og ledelsen giver udtryk for, at det er sådan, man som leder må agere for at kunne etablere og opretholde en god ånd. Samtidig tilbydes medarbejderne subjektpositioner, som gode medarbejdere, der overvåger hinanden og derved har en god indbyrdes tillid, eller dårlige medarbejdere der melder sig syge for et godt ord, har en slatten holdning og er svage. Tilliden, der etableres, er mellem medarbejder og ledelse. Tilsyneladende ikke mellem medarbejderne. Mistillid og overvågning sker gennem brug af synonymer som omsorg og hjælp. Forestillingen om nødvendigheden af at vise medarbejderne tillid og omsorg, samtidig med at man nærer en konstant mistillid til deres adfærd, er et af grundlagene for NPM's styringsrationaler, med udgangspunkt i den økonomiske *principal-agent* teoris ideer om egen nytte og opportunistisk adfærd (Lund et al. 2008). I stedet for en win-win forståelse af en fælles interesse i nedbringelse af eget sygefravær og virksomhedens drift, bliver win-win handlet som en fælles interesse for nedbringelse af andres sygefravær og virksomhedens drift – på bekostning af medarbejdernes fællesskab.

### *Problematikken omkring psykisk sundhed i psykiatrien*

Medarbejderne selv tager, som vi ser, betingelserne i arbejdet ind i deres fortællinger om, hvorfor man må beskytte sig selv for ikke at ende med at stå og "*skrige ind i væggen*", og de nævner på intet tidspunkt, at det har noget med deres personlige svaghed at gøre. Den generelle positionering af medarbejderne som slatte og svage er altså ikke subjektpositioner, medarbejderne indtager frivilligt, og det er positioner, man passer på med ikke at blive skubbet ind i. Medarbejderne *ved* dog godt, at de vil blive anset for nogen, der "*bare lægger sig syge*", hvis de bekender sig til ledere eller kolleger omkring deres behov for mental restitution, og de tilskriver det mentale sygefraværs illegitimitet skylden for denne kategorisering.

Vedtagelsen af, at man ikke længere må tage vikarer ind, når der er sygdom på de psykiatriske arbejdspladser, får også en betydning for denne problematik. Om dette siger Dorte:

**Interviewer:** Hvad betyder det for dig, at vide at hvis du lægger dig syg en dag... så kan de ikke indkalde vikarer?

**Dorte:** Ja det er jo så det nye, der er kommet ind her den sidste måned, så tænker jeg over det en ekstra gang... Hvor meget er det, jeg har brug for det her? Så det har en stor indflydelse på det. Så jeg tænker, det kan måske minimere (griner –



stopper sig selv)... Altså nu sker det her måske to gange om året, eller noget, men det vil da have en konsekvens, at jeg siger ”nej, det gør jeg bare ikke, fordi det går ud over mine kollegaer”, eller så.. så tilter det hele, fordi at.. Men det er sådan, hvordan fanden definerer man sygdom. Det er jo også væsentligt, at man har noget overskud. Altså, det er jo også en dårlig cirkel at komme ind... på, at man ikke magter så meget på arbejdet, eller at man går og passer lidt på sig selv, eller så værger man sig med at melde sig på for mange pligter. Og så giver det vel sådan bagslag, at man ved, at man kan yde meget mere, men man har gået sådan og holdt lidt lav profil.

Dortes restitution bliver afvejet efter, om den nu også er dét værd ud fra hensynet til kollegerne. Hun definerer således den gode kollega som én, der føler en ansvarlighed overfor sine kolleger. Samtidig fortæller hun om en fare, der ligger i, at medarbejderne må engagere sig mindre i arbejdet, fordi de må passe på deres ressourcer. I et arbejde, hvor man indgår i følelsesmæssigt forpligtende relationer med patienter, der har brug for at have mentalt (og i nogle øjne fysisk) sunde forbilleder, kan man tvivle på, om det er en bæredygtig adfærd for psykiatrien som institution, at medarbejderne beskytter sig selv og undgår arbejdsopgaver (samvær med patienterne).

Beslutningen om ikke længere at anvende vikarer beskrives af mange medarbejdere som noget, der øger det i forvejen høje arbejdstempo, og man kan ud fra ovenstående frygte, at det vil gå ud over kvaliteten af arbejdet. Det kan derfor overvejes, hvilke konsekvenser, det vil have, hvis man prioriterer det lavere sygefravær og dermed omkostninger for den offentlige sektor, overfor risikoen for forringelse af behandlingen af patienterne. Og man kan overveje, hvilke langtidseffekter der er mulige i forhold til patientsikkerhed, arbejdsglæde, stressniveau, rekruttering til sektoren osv.

Den mentale overbelastnings illegitimitet bliver ydermere interessant at se på, når man så tydeligt drager en parallel mellem medarbejdernes og patienternes sundhed gennem miljøterapien. Hvis medarbejderne ser sig selv som mentalt syge, er det måske sværere at opretholde en grænsedragning mellem patienter og medarbejdere. En grænse der ifølge Tanja kan komme under pres i arbejdet:

**Interviewer:**[...]Hvilken betydning har det, at, at være fysisk og psykisk sund i det arbejde?

**Tanja:** Altså psykisk sund... synes jeg faktisk er meget vigtigt... fordi det er så nemt at blive syg, [...] fordi [...] du bliver præsenteret for mange verdener, ikke. Og det tærer, altså det tærer jo på kræfterne... Det gør det. Og [...] jeg har set flere kollegaer gå ned med flaget, rent psykisk. Altså, hvor de først begynder at minde om patienterne, ikke. Får lidt paranoia og... jeg tror det er det de mest får... Og det er selvfølgelig over år, hvor tingene bliver værre. [...]Så det er netop vigtigt, at du har de der supervisioner og alt det, for ellers så sker sådan noget... Så bliver folk så psykisk stressede.

Og videre:

**Tanja:** [...]Det er flere ting, der gør sig gældende, det er både det med patienterne, hvis du hele tiden er på og på og på, ikke? Og [...] hvis du ikke får læsset det af igen... så sætter det sig på en eller anden måde, ikke? Så bliver du jo også... så bliver du jo angst. Og det kan man også se. Altså, det kan man se hos nogen... af ens kollegaer, de bliver angste...

**Interviewer:** Okay. Altså, men er det bare af... almindeligt samvær med patienterne eller hvad tænker du på?

**Tanja:** Nej... ikke almindeligt samvær, men hvis der er den mindste smule ophidselse, så kan man se på deres reaktionsmønster, at de (kollegerne) faktisk er bange i den situation, hvor de ikke burde være bange, for ellers kan vi ikke lave noget... Og det må ikke ske, og det modarbejdes jo netop med supervision og sådan nogle ting – og muligvis også med individuelle samtaler, det var det, jeg ville ind på... Den ledelse, som ikke rigtigt hører på folk, og som arbejder under det, de... kan så også fordre til, at det går lidt galt... Og det tror jeg så, at det sker... med et par af dem, jeg har set. Hvor de ligesom får sådan nogle paranoiatendenser. De begynder simpelthen at se syner[...]Klassisk paranoia. Og den ene, han er simpelthen så syg i dag, han har også forladt arbejdet for flere år siden[...] Men under alle omstændigheder vil vi alle sammen have gavn af[...], at man bevarer sin mentale sundhed. Det er vigtigt at arbejde med!

Tanjas fortælling om, at arbejdet med patienterne kan påvirke medarbejderne i en sådan grad, at det både påvirker deres evne til at håndtere konkrete episoder og deres personlighed på længere sigt, tegner et billede af et særdeles krævende arbejde i det lukkede afsnit. Ledelsen tildeles i denne fortælling en position som nogen, der ikke rigtigt hører efter og derved ikke formår at imødekomme denne problemstilling. Samtidig tegnes et billede af en særdeles uattraktiv subjektposition af medarbejderen, der er på vej til at blive sindssyg. Dette kan tilbyde en forklaring på, hvorfor det er problematisk at indtage subjektpositionen som mentalt slidt medarbejder – at arbejdet med sindssyge tabuiserer medarbejdernes egen sindstilstand.

#### 4.5. Sundhedens værktøjskasse

Vi har indtil nu vist, hvordan medarbejderne tilbydes særlige subjektpositioner i forhold til sundhed i arbejdskonteksten. Vi har vist, hvordan disse subjektpositioner formes af omsorgskulturen, af arbejdet med psykisk syge og af relationerne kollegerne imellem. I dette afsnit vil vi komme ind på, hvordan konkrete tiltag i forbindelse med sundhedsfremmeprojektet spiller ind på medarbejdernes subjektivering i forhold til sundhed.

Metoden *Du bestemmer*, som var udgangspunkt for sundhedssamtalerne i casen, rummer nogle bestemte værktøjer til at skabe refleksion over og bearbejde sundhedsadfærd hos deltagerne i projektet. Det kan være vanskeligt at anlægge et kritisk perspektiv på metoden, fordi det virker så oplagt, at det er en positiv og frigørende metode i arbejdet med sundhed. Det er imidlertid vigtigt at inddrage kritiske perspektiver, fordi metodens principper om frivillighed, selvbestemmelse og ligestilling i dialogen i praksis er en illusion. Der vil altid være magt på

spil. Det er givetvis de færreste rygere, der oplever, at det er helt frivilligt og op til dem selv, om de vælger at afvikle denne adfærd. Rygerne er lidt specielle, fordi de kan opleves som generende for andre og derfor - med statslig institutionaliseret legitimitet - reguleres i flere sammenhænge. Men mange fede mennesker oplever et lignende pres. Sundhedsapostlens problem med de fede er, at de ikke rigtig generer andre, men der gøres mange forsøg på at tegne et billede af det gennem henvisning til deres skyld i sygefravær og omkostninger for sundhedsvæsenet. Man kunne sige det samme om nogle grupper af sportsudøvere, der rammes af sportsskader, men de stigmatiseres ikke, fordi de er helte ifølge den samfundsmæssige diskurs. Det er væsentligt for os, at underlægge det metodiske grundlag for implementeringen af sundhedsfremme i psykiatrien en teoretisk funderet analyse, fordi implementeringen på nogle bestemte måder taler sundhed frem som noget, der har betydning i forhold til arbejdet. Som vi tidligere har set, beskriver medarbejderne arbejdet som indeholdende mange forskellige aspekter, der stiller mange forskellige krav til medarbejderne. Til at beskrive den gode medarbejder bruges blandt andet begreberne; fysisk stærk, hurtig, tynd, ikkeryger, dygtig til at opstille rammer, god til at være rolig og forebygge konflikter, ansvarlig mv.

Det væsentlige ved sundhedsfremmeprojektet og dets metode er, at det accentuerer nogle bestemte kvaliteter og dermed bestemte typer af adfærd og bidrager til at tillægge dem værdi på bestemte måder, gennem de sammenhænge der skabes i projektet. Sundhedssamtalerne er centrale fora for de konkrete magtspil omkring definitioner af sundhed, samt sundhedens betydning i forhold til arbejdet, og derfor også for de subjektpositioner det bliver muligt at indtage.

### ***Du bestemmer!***

Vi vil undersøge metoden *Du bestemmer*, som den er beskrevet i metodebogen: "*Du bestemmer – nye sammenhænge – nye muligheder*" (Dalsgaard et al. 2006), som alle sundhedsvejledere i projektet er blevet undervist i og har fået med sig under armen til brug i de konkrete samtaler med medarbejderne. Metoden udgør således en central ramme for at tale om sundhed, hvor de enkelte discipliner i samtaleforløbet har interesse for vores analyse af mulige subjektpositioner.

*Du bestemmer* lægger ud med gruppesamtale, hvor medarbejderne bedes reflektere over deres egen forståelse af sundhed, tegne en tegning af alt det, de får det godt af, og derefter præsentere sig for hinanden ud fra tegningerne (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 3.3). Om metoden fremhæves blandt andet:

Hovedprincipperne i *Du bestemmer* metoden er frivillighed og vurderingsfrihed. Det er frivilligt, om man vil deltage, og den enkelte deltager har retten til at vurdere frit og træffe sine egne valg.

(Dalsgaard et al. 2006, afsnit 3.1)

Endvidere:

Formålet med metoden er, at deltagerne gør sig klart, hvad de selv forstår ved begrebet sundhed og drager konsekvensen af det.

(Dalsgaard et al. 2006, afsnit 3.1)

Allerede her er en række begreber, der falder i øjnene. Frivilligheden og vurderingsfriheden er interessante at reflektere over. Valg om deltagelse må i vores optik altid være at betragte som afhængigt af den sociale sammenhæng, projektet præsenteres i, og således hvilken betydning deltagelsen tilskrives. Er den gode medarbejder én, der deltager? Vi har tidligere vist, at subjektpositionen som selvbevidst, bekendende og ansvarlig medarbejder af én leder italesættes positivt. Vurderingsfrihed er et ligeså arbitrært begreb ud fra en magtoptik, hvor selvledelse netop afledes af indlejrede normer.

### *Gruppesamtalerne*

De overordnede foki for gruppesamtalerne fremstår umiddelbart som meget åbne og frie (se ovenfor). I præcisionen af, hvordan målgrupper for samtalerne kan udpeges, og hvem det er hensigtsmæssigt at sætte sammen i samtalegrupperne, bliver friheden forbundet med begrebet *Du bestemmer* dog indskrænket;

Et [...]fælles udgangspunkt for [sammensætningen af samtalegrupper] kan være ud fra en bestemt livssituation f.eks.

- At være ung, uuddannet mor
- At være uden netværk
- At være ramt af alvorlig sygdom
- At have problemer med vægt
- At være pensioneret pga. nedslidthed eller sygdom
- Noget helt andet.

(Dalsgaard et al. 2006, afsnit 4.2)

Der formodes i metoden at være ligheder mellem folk med lignende livssituationer, og at disse vil gøre det dét lettere at udveksle erfaringer, tanker og ideer med hinanden. Og videre;

Der opstår ofte en let og glad holdning ved at tegne og fortælle – og en fornemmelse af at vi ligner hinanden, når vi kommer ind bag facaden, er det de samme ting, der betyder noget for os. Dette skaber uanset alder, et positivt udgangspunkt for det videre arbejde i gruppen.

(Dalsgaard et al. 2006, afsnit 6.2)

Diskursen og den sociale kontekst bliver – som vist i vores teoretiske og metodiske afsnit - afgørende for, hvilke muligheder man har for at agere i samtalen. I de foregående analyseafsnit har vi vist, at det faktisk er meget forskelligt, hvad folk vægter, når de taler om deres prioriteringer i forhold til sundhed, men at der er nogle bestemte former for sundhedsadfærd, der gør én i stand til at positionere sig som en rationel og meningsfuld person i relationerne på arbejdspladsen. Når man sidder i en gruppe vil nogle fortællinger således blive mere meningsfulde end andre, afhængig af deltagerens mulighed for at give de enkelte fortællinger udsagnskraft. Derved opstår der gerne konsensus omkring, hvilke bestemte ting det virker rationelt at tale for og ikke forsøge at italesætte. Spørgsmålet er derfor, om metodens åbenhed er så gennemført, som den umiddelbart fremstår. Tanja fortæller om sin oplevelse med gruppesamtalerne:

**Tanja:** Altså ved gruppemøderne, så sidder man flere, og der vælger du et eller andet sted selv, om du vil åbne kæften. Og det gør man jo så også – måske også lettere presset – også fordi, du får også nogle papirer,[...] Og der ved du også, at det øjeblik du skriver dem, jamen der har du også næsten delt dem med den, der sidder ved siden af[...] Alligevel så var det jo ligesom tilladt at sige, at det kan jeg ikke det der, så der lader jeg lige være, ikke. Men – ja det ved jeg ikke – jeg er altså også opdraget af flinkeskolen, så når folk stiller mig spørgsmål, så svarer jeg.

Samtalerne i grupper udgør på den måde et pres for at udtale sig om egen sundhed. Tanja taler meget direkte om den moderne pastoralmagts effekt: Selv om presset ikke føles lige så stort som ved de individuelle samtaler, opfordres medarbejderne til at udvise betoning af sundhed, der trækker på den i samtalen forhandlede sundhedsdiskurs. Det opleves som muligt at gøre modstand eller sige fra, men hvis man er *opdraget af flinkeskolen*, så svarer man, når man bliver spurgt, og man svarer det, de andre giver mulighed for, hvis man vil fremstå som rationel.

I relationer vil der til enhver tid være visse forståelser, der er lettere at argumentere for end andre, som følge af den overordnede rationalitet, de tolkes under (Foucault 1983). Gruppens påvirkning af individet i retning af bestemte forståelser af sundhed er et redskab for metoden *Du bestemmer*; en måde gennem hvilken medarbejdere eller deltagere opfordres til at fremstille deres sundhedsforståelser, for derefter at *drage konsekvensen* af dem. Det er interessant, at en metode, der delvist baserer sig på "*systemisk og socialkonstruktivistisk teori og metode*" (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 17.4) på samme tid forekommer så blind for diskursernes konstituerende kraft og magtens logik. Eller i hvert fald ikke føler sig forpligtede til at forholde sig til magt. I stedet anvendes disse perspektiver som en måde at opnå følgende:

Her er den bestemte hensigt med spørgsmålene, at deltageren hjælpes til at folde sit eget univers ud og derigennem spørges videre, således at han/hun kan reflektere, opnå ny forståelse og dermed ny bevægelighed hen mod nye handlemuligheder

Den, der spørger, indtager en nysgerrig ikke-vidende position. Der søges altså ikke hen i en bestemt retning eller mod en bestemt løsning for deltageren, ej heller

mod en bestemt form for adfærdsændring, som spørgeren kunne finde oplagt på deltagerens vegne. Det er to helt ligeværdige parter, der mødes i en samtale.

(Dalsgaard et al. 2006, afsnit 17.4)

Det må således understreges, at der ikke *bare* er tale om fremsigelsen af medarbejdernes egne forståelser af sundhed, men om nogle forståelser der er orienterede mod den kontekst, der tales ind i. For at fremstå rationel og forståelig overfor de påhørende, vil individet i sundheds-samtalen søge at fremstille sammenhængende og meningsfulde fortællinger om sig selv. Derfor er det svært, men ikke nødvendigvis umuligt, at tale for alternative forståelser af sundhed. Det afhænger af talerens evne til at trække andre logikker end den på forhånd vedtagne ind i samtalen.

### *De individuelle samtaler*

De individuelle samtaler i metoden har en lignende form, om end rummet for adfærdsbearbejdning gennem samtale har en lidt mere intim karakter. Der tages udgangspunkt i de arbejdsopgaver, deltageren har udarbejdet i første gruppesamtale, og herudfra laves nogle nye øvelser, hvor deltageren skriver, hvad vedkommende får det hhv. godt og dårligt af. Ud fra dette spørger sundhedsvejlederen ind til de enkelte emner, deltageren nævner, for at finde ud af, om deltageren kunne ønske sig at forbedre noget ved sit liv (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 7.3). Oplevelserne med disse samtaler har været blandede. Rigtig mange af de interviewede deltagere havde positive oplevelser med at tale om deres sundhedsadfærd, og hvordan de kunne forbedre den (Lund et al. 2010). Særligt iøjnefaldende er imidlertid den oplevelse Tanja har haft med samtalerne:

**Interviewer:** Den betydning samtalerne havde for dig. Hvad var det?

**Tanja:** Jamen det var simpelthen grænseoverskridende. Det gik så dybt ind, og sandheden var jo den, at hvis jeg havde vidst det, så havde det måske ikke gjort så meget. For jeg plejer ikke at være bleg for at tale om mig selv og sådan nogle ting dér. Men jeg var totalt uforberedt. Jeg troede, det var noget andet, så det blev ligesom et bagholdsangreb, ikke? [Jeg blev] taget med bukserne nede, om man så må sige. Hvad fanden foregår der her? Og så gik jeg hjem fra [en] af de der samtaler, ikke... Og så tænkte jeg "*puh jeg har det dårligt*". Det var også den der; jeg spekulerede og spekulerede og spekulerede [...], indtil jeg vågner op midt om natten, og så gik det op for mig, hvad det var: Det var selvfølgelig min reaktion på hendes nærgående spørgsmål. Og et eller andet sted... Ja, hele min sjæl arbejdede imod ikke.

**Interviewer:** Du blev simpelthen fuldstændig overrasket.

**Tanja:** Ja.

I metoden foreskrives, at sundhedsvejlederen praktiserer de individuelle samtaler ud fra nogle bestemte principper, der formodentlig er tænkt at kunne minimere denne form for reaktioner hos deltagerne:

Vær opmærksom på at holde samtalen på det niveau, deltageren lægger op til. Dette er en sundhedssamtale – ikke terapi. Der skal ikke søges efter problemer, som deltageren ikke selv tager op. Glem enhver tanke om at få deltageren til at gøre eller forstå noget bestemt. Koncentrer dig i stedet om at forstå, hvordan deltageren oplever sit liv lige nu.

(Dalsgaard et al. 2006, afsnit 7.3)

Spørgsmålet er, om det overhovedet kan lade sig gøre ikke at komme meget tæt på deltageren i en sådan sundhedssamtale. For det første er det diskutabelt, hvor grænsen mellem "*sundhedssamtale*" ud fra metoden *Du bestemmer* og "*terapi*" ligger. Når en person, som eksempelvis er fed, fremstiller dette som et emne, vedkommende får det skidt af, bliver spørgsmålet; om der er noget, vedkommende ønsker at arbejde med, svært for vedkommende at svare afvisende på. Herefter lægges en strategi under vejledning fra en uddannet sundhedsvejleder. Hvordan adskiller sundhedsvejlederens funktion sig da fra at behandle fysiske eller psykiske problemer gennem terapi?

### *Du bestemmer?*

Der ligger desuden en kausal opbygning i metoden, der muliggør den følelse af grænseoverskridelse, som Tanja oplever:

Først og fremmest har medarbejderne sagt ja til at deltage i projektet og har derfor i en eller anden grad forpligtet sig på at gå ind på metodens præmisser. Som vi senere kommer ind på, har måden, samtaleforløbet præsenteres på, en stor betydning for medarbejdernes villighed til at deltage.

Som det næste kommer gruppesamtalerne, hvor deltagerne efter en velkomst bliver bedt om at formulere spilleregler for gruppesamtalerne; en række idealer for adfærd, som deltagerne forpligtes på. Herefter fortæller sundhedsvejlederen, hvad hendes rolle er: Én der planlægger og leder samtalerne, så deltagerne selv kan finde ud af, hvad de vil. Så opfordres medarbejderne til at udarbejde arbejdsplaner, der siger noget om, hvem de er (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 6.1). De 20 spørgsmål i arbejdsark 2 er formuleret, så der kan svares ja eller nej til en række spørgsmål, som f.eks. "*Er du én der: [...] Kan lide små børn?*", "*Synes om at være sammen med andre?*" (Dalsgaard et al. 2006, arbejdsark 2). Det er ikke underligt, at metoden ifølge håndbogen giver deltagerne en følelse af at ligne hinanden, for spørgsmålene er i den grad formuleret, så nogle svar fremstår som mere attraktive end andre, for hvem vil ikke gerne fortælle sig som én, der støtter sine kolleger eller kan sige sin mening? Herefter skal medarbejderne præsentere deres spontane associationer i forhold til sundhed i gruppen. Disse skrives af sundhedsvejlederen op på en flipover, hvorved medarbejderne magtes til at indtage subjekt-positioner, der fremstår som meningsfulde i gruppens diskursive praksis. Herefter fortæller

sundhedsvejlederen deltagerne WHO's sundhedsdefinition<sup>5</sup>, hvorefter deltagerne får mulighed for at indtage positioner i forhold til WHO's definition af sundhed ved at forholde sig til både fysisk, psykisk og social sundhed, hvorefter de skal tegne, hvad der gør dem glade (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 3.2 og 6.2). Det er altså nu WHO's sundhedsdefinition, der arbejdes ud fra og ikke kun deltagerne egne associationer. Som vi viser andetsteds, refererer Tanja til diskurser, der foreskriver, at der nok er noget galt med hende, fordi hun er fed.

Herefter kommer den første individuelle samtale, hvor der spørges til erfaringerne fra første gruppesamtale. Således trækkes der på deltagerens og vejlederens erindring om, hvad gruppens forhandlede rationalitet omkring sundhed blev, hvilket udgør den rationalitet, deltageren skal positionere sig i forhold til. Det konforme valg for deltageren er blot at optage gruppens rationalitet, som sundhedsvejlederen i øvrigt kunne tænkes at dele. Herefter udarbejdes et nyt arbejdsblad, hvor deltageren skriver ned, hvordan hun har det med forskellige emner i sit liv ud fra inddelingen; *Meget godt – godt – dårligt – meget dårligt*. Det er så sundhedsvejlederens opgave at spørge ind til, om man er tilfreds med, hvordan ens liv ser ud, og om der er noget, man gerne vil gøre noget ved. Man må forestille sig, at det er svært at positionere sig som værende tilfreds med noget, man lige har omtalt som værende "*dårligt*" eller "*meget dårligt*" (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 7.3). Defineringen af dette, som man gerne vil ændre, danner – hvis deltageren er motiveret – udgangspunkt for en strategi for forandring. Sundhedsvejlederen skal navigere i et svært felt. Metoden fortæller således, at vejlederen skal "*guide deltageren til at opstille sit mål uden at blive manipulerende. Ideelt set skal målet være positivt formuleret, konkret, målbart, opnåeligt inden for en overskuelig tidsramme, attraktivt for deltageren*" (Dalsgaard et al. 2006, afsnit 8.4). Der er således stærkt normative rammer for deltagerens målsætninger, ligesom det er svært at adskille *at guide* fra *manipulation*, når sundhedsvejlederen får til opgave at skabe *konkrete og målbare resultater*. Set fra vores perspektiv må distinktionen siges at ligge i synligheden af påvirkningen, og på sin vis fremstår det nærmest mere ærligt at være manipulerende. Så er sundhedsvejlederen da i det mindste bevidst om, at man bruger magt.

Herefter gentages forløbet med skiftevis gruppesamtaler og individuelle samtaler, så man samlet når op på tre af hver. Disse samtaler inddrager andre, lignende øvelser, der skal hjælpe deltageren med at nå sine mål.

Der er klare rationaliseringsmekanismer indbygget i metoden, der gør det svært at modsætte sig dens kausalitet. Har man først defineret sin sundhedsforståelse, er det svært ikke at forholde sig til den og samtidig fremstå rationel, når man skal snakke om, hvad der er godt og dårligt. Og når man har sagt, at noget er dårligt, fremstår det mest meningsfuldt at ville arbejde med det.

**Tanja:** Jamen sagen var den, vi fik jo at vide; Du bestemmer. Det her er en pose penge, vi kan få tingene, som vi vil have. Der var ikke nogen, der gik lige ud og sagde, at det her var en metode for at gå ind og kigge på dig selv og finde ud af,

---

<sup>5</sup> "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity" (WHO 1948, 100)



hvorfor du har problemer med de og de ting... Det var der ikke nogen, der sagde en lyd om. Og der var heller ikke nogen, der vidste noget om det. Det tror jeg faktisk ikke, de vidste. Og så er det så, at når jeg går i gang med Clara, så dukker det ligesom op. Jeg kan godt genkende, hvad det er for noget, hun har gang i. Men. Så er det jo sådan – fordi Clara forstår det jo heller ikke. Hun har været med i *Du bestemmer*, hvor det har været netop kun de her interviews, og ikke har været nogen motionsgrupper koblet på. Det har hun jo været med til før. Så for hende er det jo yderst simpelt; det er det her, vi laver her. Men det er ikke det her, vi andre har fået solgt det her projekt på overhovedet. Det er slet ikke blevet nævnt. Og så tror jeg nok, der havde været en hel del, der ikke villet have deltaget. Fordi det er... Man skal lige være parat til det, ikke?

Tanja fortæller om den position, hun uventet bliver sat i, i forbindelse med *Du bestemmer*-samtalerne: I en position, hvor hun som deltager skal kigge indad i stedet for at beslutte, hvordan en pose penge skal bruges. Det virker ikke som om, hverken Tanja, sundhedsvejlederen Clara, eller dem, der har organiseret projektet efter metoden, har været helt klar over, hvad disse samtaler indebærer. Det kan hænge sammen med kausaliteten i metoden, som kræver nærlæsning at se, men som danner et sammenhængende grundlag for at kunne arbejde med deltagernes sundhedsadfærd.

Samtidig siger citatet noget om det set-up, metoden er blevet brugt i. Sammensætningen af metoden *Du bestemmer* og fokuseringen på at opnå nogle mål omkring KRAM-faktorer er en modsætningsfyldt cocktail. For det første risikerer man, at både sundhedsvejleder og deltager, tager nogle bestemte forventninger med sig ind til samtalerne, og derved retter dem i forhold til KRAM. Dette er ikke umiddelbart i overensstemmelse med metodens ambition om ikke at imponere sundhedsideal og kan lukke rummet for de eventuelle andre perspektiver, deltageren finder væsentlige.

Vi kan med dette citat vende tilbage til definitionsforskellen på sundhedssamtaler/coaching og terapi. For Tanja oplever netop, at blive positioneret som én, der har brug for at behandle sine problemer, hvilket ikke er langt fra samtalemotodens formål om at motivere til adfærdskorrektion hos deltagerne.

Er det så tilfældigt, at det netop er Tanja, der oplever en overskridelse af sine grænser under de individuelle samtaler? Hendes sundhedstilstand, der i enhver anden relation, er noget, andre får øje på og muligvis har en holdning til, men som ingen nødvendigvis er nødt til at tale om, fordi det er et privat anliggende. Når denne sundhedstilstand bringes ind i en relation, hvor det er sundhed, der skal arbejdes med, og hvor det via WHO vedtages, at sundhed også er fysisk, er Tanjas mave ikke længere en elefant i rummet som ingen taler om, men noget både Tanja og sundhedsvejlederen forpligtes til at bringe på bane.

Det er muligt, at den specifikke sundhedsvejleder, har haft et problem med at skelne mellem *terapi* og *sundhedssamtale*, men der er indikationer på, at metodens opbygning og selve projektets fokusering har bidraget til skabelsen af den grænseoverskridende sundhedssamtale, og at samtalemotoden er svær at adskille fra terapi.

Denne særlige produktion af sundhedsforståelser skal dog ikke forstås som noget, der udelukkende virker overgribende på deltagerne i samtalerne. Det, at kunne fortælle om sine følelser i forhold til både sundhed og, som nedenstående citat viser – en række andre emner, kan være en særdeles positiv og behagelig ting;

**Interviewer:** [...] Hvilken betydning synes du, det havde for dig at deltage i samtalerne?

**Gerda:** Dem var jeg jo rigtig glad for [...], og dem er jeg rigtig ked af, at vi ikke ligesom kunne få lov til at fortsætte med, bare en gang om måneden eller sådan noget.

**Interviewer:** Ja okay... Hvad fik du ud af dem?

**Gerda:** Jamen jeg fik rigtig, rigtig meget ud af dem. Jeg synes, man mange gange kom ind på og fik snakket om [...] *"nu har jeg lige været skide stresset"* eller et eller andet [...], og man fik lige læst af [...] Og *"hvor langt er du med det der motion"* og sådan noget... Jeg synes, det var rigtig, rigtig dejligt at komme og snakke med hende der [...] Og jeg glædede mig faktisk til de der samtaler.

**Interviewer:** Okay [...] Nu siger du, du var stresset for eksempel... Der snakkede du både om psykiske forhold på arbejdet og sådan?

**Gerda:** (Bekræftende) Ja, men jeg synes, vi snakkede om det hele, og jeg synes faktisk, det var rigtig godt.

**Interviewer:** Sådan at få ligesom noget sparring eller hvad?

**Gerda:** Ja det synes jeg [...] Man lavede jo også nogen øvelser [...] Man ligesom blev ladet op på en eller anden måde ved at have haft de der samtaler.

**Interviewer:** Kunne du godt tænke dig, de skulle fortsætte [...]?

**Gerda:** Ja, jeg er rigtig ked af, at de er stoppet. Det har jeg også givet udtryk i det, som vi skulle evaluere omkring det [...], og det tror jeg, vi er mange der er rigtig kede af.

Interviewer: Tænker du det i forhold til arbejdsmiljøet generelt, eller hvad man skal sige?

**Gerda:** Ja... ja!

**Interviewer:** [...]Altså i forhold til [...] sundhed eller hvordan?

**Gerda:** Både som sundhed men også [at der er] en, der ligesom holdt en fast i de der ting, man sådan havde snakket om med rygestop og de der mærkelige ting ikke. At der ligesom var en [...], som jeg hurtigt blev fortrolig med, og her kan jeg bare snakke ikke?

Man kan sige, at for Gerda har sundhedssamtalen rent faktisk været det frirum, det i metoden fremstilles som, hvor hun ikke har en følelse af at blive påtvunget en sundhedsforståelse, der er i modstrid med hendes egen. Dette har givet hende mulighed for at genfortælle sin egen selvforståelse og få anerkendende reaktioner på sin subjektposition. Der er således ingen tvivl om, at magten også virker produktivt. For langt de fleste af de interviewede deltagere i sundhedsfremmeprojektet opleves *Du bestemmer*-forløbet positivt (Lund et al. 2010). Denne analyse af metoden som magtværktøj belyser, hvordan *Du bestemmer* udgør én brik i den diskursive praksis i forhold til sundhed, og kan være med til yderligere at skabe problemer for de mennesker, der i allerhøjeste grad er dens målgruppe.

Det er dog væsentligt at fremhæve, at selve *Du bestemmer*-metoden skal ses i sammenhæng med det konkrete set-up i projektet, og med nogle diskursiveringer omkring sundhed – såvel kontekstuelle som samfundsmæssige, der forskriver os at tænke på bestemte måder omkring sundhed.

### *Pression og overvågning*

Når vi ser på sundhedsfremmeprojektets værktøjer til at arbejde med medarbejdernes sundhedsadfærd, kommer endnu nogle interessante perspektiver i spil omkring implementeringen af sundhedsfremmeprojektet i psykiatrien.

**Interviewer:** Nu hvor du så sagde nej til at være med til de der aktiviteter, som følge af hele den der proces og det[...] Hvordan synes du, det blev respekteret af[...] arbejdspladsen?

**Tanja:** (Pause) Altså på arbejdspladsen her synes jeg faktisk, det blev respekteret. Men jeg har jo også forklaret mig, så... [Jeg h]ar nok følt, jeg skulle undskylde mig (griner - nervøst) Men [...] Grethe Nielsen, som har været styrende for det der motions[tilbud], hende synes jeg har været emsig... Ikke specielt rettet mod mig... Altså kun ganske lidt til at starte med, hvor hun ville overtale mig... Jeg havde jo faktisk også startet ud med, at jeg ville have været til... et individuelt møde[...] med en [fitness]instruktør... Men igen, det foregik så igen uden for min arbejdstid, og jeg syntes bare ikke, [...] at jeg ligefrem skulle møde der... Det er faktisk sådan, at jeg skulle[...] køre 50 kilometer for at mødes med hende, og så 50 kilometer hjem igen, og det syntes jeg bare ikke rigtigt, at jeg havde tid til... Så det meldte jeg fra på... Men Grethe Nielsen, hun har jo gentagne gange skrevet mails til os samlet, og med at hun ikke kan forstå, at vi ikke deltager mere, når vi har de muligheder bla bla bla og alt det der. Sådan skubbet på... Og jeg kunne også forsvare, altså nu var jeg ikke selv til stede, men hun har decideret... skabt sig toset over, at der ikke var nok, der brugte motionscenteret. Og truet med[...] vi har sådan nogle[...] nøgler vi sætter foran sådan en lampe, så kommer vi ind – at hun derved kunne tjekke hvad for nogle numre der blev brugt. Og det er jo så langt ude i hampen, som det kan være, hvilket hun også fik at vide af vores afdelingsledelse... Men bare det at hun kan finde på at sige det, ikke? Og så er det så, at man ligesom kan se, at [...]å har jeg ret i, når jeg siger, at det der det skal ikke have

noget med arbejdspladsen at gøre! Der trækker jeg min skillelinje... Så det har kun overbevist mig om, at det var meget godt, jeg ikke tog med... Men jeg kan se et par stykker, der er glade for den. Og det er fint nok... Og jeg har stadig nøglen der over til. Så jeg kan gå derover, hvis jeg skulle få lyst... Men jeg kunne også gå en lang tur, hvis jeg skulle få lyst. Derhjemme.

Tanja fortæller her, hvordan projektlederen forsøger at presse medarbejderne til at gøre mere brug af projektets aktiviteter. I første omgang via mundtlige opfordringer og overtalelse. Sidenhen går projektlederen mere over i trusler om overvågning for at motivere medarbejderne til en mere tilstrækkelig deltagelse i sundhedsprojektet. Tanja giver udtryk for en stor foragt for truslerne om overvågning, og den positive effekt som projektlederen må have forventet i forhold til medarbejdernes brug af motionsrummet har haft modsat effekt på Tanja: Forsøget på at udøve en meget direkte kontrol over Tanjas sundhedsadfærd betyder, at Tanja gør modstand og i stedet bliver forvisset om, at hendes sundhed ikke har noget med arbejdspladsen at gøre. For de, der har været glade for KRAM-tilbuddene, kan truslerne have virket mere motiverende.

Tanja er åbenbart blevet forsikret om, at denne overvågning ikke har fundet sted. Men det har den: Der er gennem det år projektet forløb løbende blevet registreret, hvor mange gange hver enkelt deltager har benyttet alle aktiviteterne i projektet – blandt andet ved hjælp af de elektroniske nøgler til motionscenteret. Årsagerne til denne hemmelige overvågning er muligvis begrundet i projektledelsens interesse i at kunne opstille kvantitative argumenter om projektets resultater i vurderingen af, om der fortsat skal investeres i sundhedsfremme, når fondsmidlerne er brugt.

## 5. Konklusion

Som foreløbig kulmination på vores arbejde med at undersøge de sociale implikationer ved arbejdet med sundhedsfremme i psykiatrien, vil vi samle op på analysens pointer i et forsøg på – en forholdsvis kortfattet – besvarelse af problemformuleringen:

**Hvilke subjektpositioner er det muligt at indtage i forhold til sundhed for medarbejderne i psykiatrien? Og hvilke perspektiver marginaliseres i den sundhedsdiskurs, der produceres (gennem hhv. arbejdet og sundhedsfremmeprojektet)?**

Vi har i analysen vist, hvordan en lang række subjektpositioner muliggøres i forskellige lokale sammenhænge og af forskellige magtstrukturer. Samtidig med at individet indgår som handlede subjekt i disse processer. Det er selvsagt umuligt at inddrage alle de perspektiver, analysen kaster lys over, men det er væsentligt for rapportens gyldighed, at en sammenhængende konklusion kan formuleres. Følgende er et forsøg på netop dette. Forhåbentlig har analysen allerede givet læseren et indblik i feltets kompleksitet.

Det mest overordnede, vi kan konkludere om mulige subjektpositioner i forhold til sundhed, er, at det altid fremstår positivt at kunne kategorisere sig selv som fysisk og psykisk sund. Sundhed bliver betegnet for *et godt liv* for medarbejderen, *en god faglighed* og det er noget der er *godt for samfundet*. I modsætning til disse positive værdisætninger positioneres de medarbejdere, der af den ene eller den anden grund ikke lever op til idealerne om sundhed. Disse medarbejdere lever ikke op til én eller flere karakteristika, der er forbundet med sundheden; kvaliteter som fysisk og psykisk robusthed, ikke at lægge sig syg for let, det at være forbillede for patienterne og at være ansvarlig over for samfundet nævnes som væsentlige at leve efter. De medarbejdere, der ikke lever op til idealerne, kan indtage positive positioner i forhold til idealerne ved over for deres leder at bekende sig om deres usundhed og deres problemer i arbejdet, og på den måde kan de i det mindste fremstå som modige og bevidste om deres utilstrækkelighed.

Medarbejderne forholder sig altid til idealet om sundhed. Vi har vist at nogle fremstår særdeles reflekterede omkring, hvordan mental sundhed er det centrale i arbejdet med patienterne. De taler ud fra to forskellige oplevede virkeligheder. I den lukkede afdeling handler mental sundhed om at undgå voldelige episoder ved at agere hensigtsmæssigt, ligesom det er væsentligt gennem gode kollegiale relationer at forebygge paranoia og angst hos medarbejderne. I den åbne afdeling handler det om at skabe gode relationer til patienterne gennem stærk miljøterapeutisk faglighed, og at undgå at patienterne formår at skabe splid i personalegruppen. Selvom de har held med at præsentere positive subjektpositioner, der ikke betoner fysisk sundhed, påtager *de usunde* sig alligevel den fysiske sundhedsrationaler. Rygeren glæder sig over ikke at være overvægtig, fordi det er forbundet med endnu større social risiko end at være ryger, ligesom hun understreges, at man skal dyrke en vis mængde motion. For den, som er overvægtig, bliver det endnu mere problematisk: Selvom overvægten ikke opleves som et problem i arbejdet, opleves det som

nødvendigt at begrunde den i psykiske problemer, hun endnu ikke er klar til at håndtere, for at fremstå som en rationel person med en sammenhængende selvfortælling. Det bliver ikke muligt *bare* at være tilfreds med sit liv, hvis man er usund, der er altid et *men*.

Arbejdspladsen har særlige måder at håndtere medarbejdernes sundhed. Både ledelse og medarbejdere legitimerer handlinger, der øger fokus på de usunde medarbejdere: Rygerne forvises fra matriklen, nutellaspiserne skal selv betale deres pålæg, det er i orden at sige til Tanja, at hun er tyk, og hvis man spiser usundt, må man acceptere at blive *kærligt* mobbet. Med andre ord: det vanskeliggøres at indtage en subjektposition som bevidst, rationel, fysisk usund. Man bliver pålagt at begrunde sin adfærd i et irrationelt valg eller overgive sig og bekende sig sine synder.

Dermed bliver det yderligere kritisk, når der implementeres et sundhedsfremmeprojekt, der i høj grad skaber rum for at forholde medarbejderne med deres sundhedstilstand – en tilstand, de – under parolerne frivillighed og vurderingsfrihed – bliver bedt om at vurdere sammen med kolleger og en sundhedsvejleder. Det er væsentligt at understrege, at metoden *Du bestemmer* rummer en sundhedsforståelse. Sundhed bliver op til den enkelte at definere – så længe man forstår, at WHO's definition både omfatter mental, social og fysisk sundhed. Samtidig byder metoden på en række øvelser, der skaber en vis kausalitet i medarbejdernes selvarbejde, og det bliver svært at adskille metodens principper om vejledning fra terapi, selvom Dalsgaard et al. i høj grad forsøger at positionere metoden som noget andet end terapeutisk.

Det er interessant, at sundhedsfremmeprojektet – begrundet af forpligtelser til forebyggelsesfonden – desuden tilbyder medarbejderne KRAM-orienterede aktiviteter. Medarbejderne ser dette som en løftet pegefinger, ligesom de finder det mere relevant at arbejde med de svære betingelser i arbejdet. Og selvom der formuleres ironiske kommentarer til, at man hellere ville have en kageordning end en frugtordning, bliver det ved joken. Det er ikke rationelt at problematisere, at et – for os – nærliggende perspektiv er gældende: Projektet belønner i høj grad, når medarbejdere *gør* sundhed på den rigtige måde, mens dem med den forkerte adfærd får lov til at deltage i *Du bestemmer* i håbet om adfærdsændringer. En KRAM-tilgang *bliver* – uagtet intentionerne – ledelsens forståelse af sundhed, hvilket endnu engang *gør* det vanskeligt at positionere sig i modsætning med de fysiske sundhedsidealiser.

En anden betydende faktor i forståelsen af tilgængelige subjektpositioner er den modsætningsfulde forståelse af ledelsen som omsorgsgivende overfor medarbejderen. Ledelsen er fanget mellem to rationaliteter; omsorgen for medarbejderen overfor ansvaret for driften. Men disse – kunne man tro – modstridende hensyn tales af både ledere og medarbejdere frem som en fælles interesse i nedbringelse af sygefraværet. Gennem en retorik om tillid formår ledelsen at etablere en adfærd hos medarbejderne, hvor de betror egne og andres belastninger i arbejdet og sygdomme, så ledelsen kan tale med disse medarbejdere og dermed hjælpe dem med at overkomme deres problemer. Det er interessant, at der ikke er tillid til, at personalet selv kan vurdere, hvordan de overkommer belastninger i arbejdet. Og det er påfaldende, hvordan medarbejdere giver udtryk for at skulle passe på med at fremstå som svage overfor kollegerne. Derimod er der tillid til ledelsen, som bliver den enkelte medarbejders nærmeste allierede, mens de syge overvåges af ledelse og kolleger. Win-win-situationen ligger tilsyneladende

dende ikke i nedbringelse af eget sygefravær, men i nedbringelsen af andres – til gavn for virksomheden.

En typisk betragtning i medie billedet er, at det gode liv nødvendigvis også er et fysisk sundt liv, hvilket vi stiller spørgsmålstejn ved: Er sundhedsadfærd i sig selv et problem, eller er det diskursen om nedbringelse af risici gennem øgede diagnosticeringsværktøjer og adfærds-korrigerende metoder, der skaber problemet? Vores analyse viser, at problemet for de usunde i høj grad opstår i mødet med disse forståelser. I dette tilfælde i arbejdslivet, hvor visse subjektpositioner ikke tilbydes. De personer, der ikke lever op til sundhedsidealet, må derfor indtage subjektpositioner i forhold til dette ved at bekende deres synder og allerhelst give udtryk for ambitioner om at ændre adfærd.

## 6. Perspektiverende diskussion

Afslutningsvist vil vi reflektere over, hvilke muligheder vi ser for et videre arbejde med den producerede viden i denne afhandling. Vidensproduktionen slutter ikke nødvendigvis med aflevering af specialet og bedømmelse heraf. Hvis vi skal leve op til vores kriterier for gyldighed, er vi nødt til at tilbagelevere vores viden til feltet. Relevans for feltet er en væsentlig faktor for vidensproduktionens overskridende karakter.

Som nævnt har vi allerede haft mulighed for at påvirke sundhedsfremmeprojektet ved at give udtryk for vores overordnede erfaringer med medarbejdernes perspektiver. I mødet med projektledelsen, lagde vi vægt på, at arbejdet med sundhedsfremmeprojektet af nogle medarbejdere opfattedes som en løftet pegefing, mens andre var glade for KRAM-tilbuddene, der understøttede netop deres orienteringer ift. sundhed. Samtidig var der enkelte, der oplevede, at de gennem projektet blev motiverede til at ændre sundhedsadfærd. Vi rejste spørgsmålet om, hvorvidt de marginaliserende risici ved projektet vejede tungere end de for nogle medarbejdere motiverende tilbud om aktiviteter. Projektledelsens tilgang til projektet var at skabe ressourcer hos den enkelte medarbejder til at opnå den sundhedsadfærd, vedkommende ønsker, hvorfor en argumentation for, at deres projekt kunne være problematisk for nogle, virkede provokerende. For at rådgive dem i forhold til, hvordan de kunne skabe ressourcer hos medarbejderne, sagde vi, at vi fandt det relevant at støtte medarbejderne i deres orientering, men at det ud fra vores bedste overbevisning burde ske ved at være rummelige for alle medarbejdernes perspektiver frem for at understøtte visse frem for andre. Ikke kun deres perspektiver i forhold til sundhed, men generelle overbevisninger. I en sidebemærkning nævnte vi, at organisationens bekymring for en 'dårlig' sundhedsadfærd blandt medarbejderne, ikke blev løst af projekter, der kunne være fremmedgørende for medarbejderne, og som i sidste ende kunne betyde, at der ikke var plads til dem på arbejdsmarkedet. Ved at være *rummelig* i forhold til medarbejdernes gøre og laden, kunne arbejdspladsen være det sted, hvor medarbejderne fik ressourcer til at følge de samfundsmæssige diskurser om livsstilsideal, som deres projekt alligevel ikke har stor indflydelse på. Logikken lød, at medarbejderne ikke kan undgå diskursernes konstituerende betydning, men at arbejdspladsen kan hjælpe med at være

stedet, hvor de får mulighed for at leve det liv, de gerne vil. Selvfølgelig indgår arbejdspladsen også i den diskursive praksis, men det kunne måske være befriende for de usunde, hvis arbejdspladsen var et sted, hvor deres orienteringer ikke blev marginaliserede. Stemningen på mødet blev, at ledelsen ikke kunne se nogen grund til at fortsætte med aktiviteterne. Der kunne ikke ses nogen økonomisk gevinst ved tilbuddene, og det virkede som om, at vores perspektiver legitimerede, at man kunne skrinlægge projektet ud fra en implicit overbevisning om, at der så ville blive arbejdet videre med rummeligheden, hvilket vi kan stille os tvivlende over for. Vi er klar over, at de vejledninger vi har givet, har ligeså relativ karakter som enhver anden skabelse af sundhedsdiskurs. Vejledningen er et forsøg på at bringe den skabte refleksion i spil i konteksten. Dernæst at undersøge de forhåbentligt positive konsekvenser af dette må ligge for fremtidige projekter.

Hvorvidt medarbejderne er bedre stillet i bestræbelserne på at leve op til sundhedsidealene ved ikke at have adgang til fitnesscenteret, ved vi ikke. Men så længe der ikke foreligger et ønske fra arbejdspladsen om at bruge tilbuddet, konfronteres de i det mindste i mindre grad med deres irrationalitet på arbejdet. Som nævnt mener vi ikke, at ulighed i sundhed nødvendigvis er et problem for de fysisk usunde i sig selv. Problemet opstår i deres møde med samfundets idealer, som de selv har ringe magt til at formulere.

### *Overskridende potentialer*

Specialets skriftlige form rummer et overskridende potentiale for forandring, da det jo vil blive læst af mindst 6 personer: To censorer, to vejledere og os selv. Samtidig taler vi ved mange uformelle lejligheder om vores perspektiver i teori og analyse. Dermed er der mulighed for, at disse mennesker inden for academia vil lære nye perspektiver på sundhed, som vil indgå i deres meningsdannelse.

Ovenstående eksempler på, hvordan vi har haft mulighed for at gøre vores indflydelse gældende, er selvfølgelig kun små ringe i vandet i et større samfundsmæssigt udblik, hvis vi tager vores normativitet alvorligt. Derfor må det overskridende potentiale i videnskabelsen dyrkes yderligere – også efter specialets aflevering og bedømmelse. Selvfølgelig vil erfaringerne fra specialet først og fremmest danne aftegninger i vores følgende arbejde i vores karrierer – om de bliver inden for forskningsverden eller ej. De overskridende potentialer for vores viden betyder, at denne viden ikke kun bør gøres relevant for academia, men arbejdet i academia må gøres relevant for den øvrige meningsdannelse, så debatten om samfundets moral kan sættes i gang andre steder.

Da sundhed i dén grad bliver omtalt i både academia, medier, på arbejdspladser og i fritidslivet, finder vi det relevant at dyrke det overskridende potentiale for vores viden på følgende måder:

Når specialet er afleveret og bedømt, vil vi søge at bruge vores erfaringer til at gå i dialog med mennesker uden for academia. Dette vil vi gøre ved at skrive artikler og læserbreve til tidsskrifter og aviser. Disse tekster står over for den udfordring, det må formodes at være, at formidle



poststrukturalistiske perspektiver til en senmoderne verden. Samtidig vil vi gå i dialog med fagforeninger omkring vores perspektiver. 3F var repræsenteret i følgegruppen i sundhedsfremmeprojektet, og flere og flere faglige organisationer gør krav om sundhedsfremme på arbejdspladsen. Dette er således væsentlige aktører at gå i dialog med omkring sundhed.

### *Fremtidigt arbejde med sundhedsfremme*

Som understreget i konklusionen viser vores speciale, at man med sundhedsfremme på arbejdspladsen, som den praktiseres i vores case, producerer nogle særlige subjektpositioner, der tilbydes de medarbejdere, der ikke lever op til diskurserne om sundhed. Der er ingen tvivl om, at subjektpositioner som *irrationel, uansvarlig, for langsom, dårligt forbillede* mv. bliver ubehagelige for individet at indtage. Det er som vist i teorien væsentligt for individets selvfortælling at kunne indgå i sociale relationer og blive forstået, anerkendt og accepteret hos andre (Gergen 2006, Davies & Harré 1990, Honneth 2003). Kan man ikke skabe en sammenhængende positiv selvfortælling, risikerer man kategorisering gennem et stadigt stigende vokabular for usundhed og sygdom.

Vi ser rige muligheder for et videre arbejde med sundhedsfremme. Først og fremmest er det relevant hele tiden at bidrage til vidensproduktionen omkring konsekvenserne ved sundhedsfremme og dermed øge den samfundsmæssige refleksivitet til gavn for det moralske projekt. Det kunne være interessant gennem et aktionsforskningsprojekt at undersøge, hvordan den rummelighed, vi efterlyser, skabes på arbejdspladsen, og hvilke muligheder rummeligheden skaber for medarbejdernes ressourcer til at leve det liv, de ønsker. Samtidig kunne det være interessant men også provokerende (for os) at arbejde videre med de samfundsøkonomiske perspektiver rummeligheden i arbejdslivet og dermed tale ind i en neoliberalistisk rationalitet, som vi på mange måder stiller os kritiske overfor, men som vi samtidig må anerkende som en fremtrædende samfundsmæssig rationalitet, eller moral om man vil.

### *Økonomisk rationalitet*

Ud fra en økonomisk rationalitet kan det umiddelbart se ud til at være rentabelt ikke at have plads til de usunde på arbejdspladserne. De enorme omkostninger, der sammenkædes med usund adfærd, ser vi talt frem overalt, og er, som vi også ser i specialet, kerneargumenter i diskurser om det meningsløse og uansvarlige ved usundheden.

Det er dog igen væsentligt at se på, hvilke udelukkelse og indslusninger beregningerne af disse omkostninger hviler på. Fortalerne for forebyggelse gennem sundhedsfremme argumenterer ud fra samfundsøkonomiske beregninger, vi ud fra deres egne præmisser finder mangelfulde – eller i bedste fald begrænsede. Eksempelvis ser det ud til, at indenrigs- og sundhedsministeriets opgørelse af de samfundsmæssige konsekvenser af overvægt (Worre-Jensen et al. 2007) mangler at tage centrale forhold i betragtning: Det er ikke medregnet, om de overvægtiges overdødelighed giver staten en besparelse, når det kommer til udbetaling af sociale ydelser, pleje mv. Samtidig er det ikke medregnet, hvad eksempelvis motionstilbud, forebyggelseskam-

pagner og sportsskader koster samfundet, ligesom det ikke er medregnet, hvor meget det koster samfundet at beskrive sundhedstilstanden gennem statistiske modeller.

Yderligere er det ud fra specialets perspektiver interessant at stille spørgsmålet om, hvorvidt et fokus på usundheden er med til at skabe flere omkostninger for staten: Når de usunde subjektiveres som dårligere medarbejdere og i risiko for både fysisk og psykisk sygdom, er det nærliggende at forestille sig, at denne marginalisering fører til øget sygefravær – både kort- og langvarigt. De sammenhænge, der muligvis eksisterer, tages der ikke højde for i de økonomiske beregninger, men der redegøres for, at psykisk sygdom er den største årsag til sygefravær af alle (Kjøller & Kamper-Jørgensen 2007). Når psykisk sygdom omtales som den største årsag til fravær på det danske arbejdsmarked, og når man ser dette som et problem for samfundet, kan det være interessant at undersøge, hvordan man hermed kunne give fortællingerne om det hårdt belastende arbejde legitimitet, og derved måske imødekomme noget af den belastning, man fastslår som et stort problem for samfundet.

### *Hvor skal ansvaret placeres?*

Når man ser, hvordan positioner omkring sundhed tales frem i arbejdskonteksten – i særdeleshed af lederne – bliver det ligeledes interessant at spørge: Hvem skal forvalte den individuelle sundhedsadfærd? I hvilken kontekst skal den berøres med legitimitet?

I arbejdskonteksten har lederne mange hensyn at tage. Med den form for styring, vi ser i vores offentlige sektor, ledes lederne til at nyttemaksimere deres medarbejdere således, at de kan minimere udgifterne for den enkelte arbejdsplads (Lund et al. 2008). Det betyder, at medarbejdere, der ses som usunde og potentielt syge, bliver set som en lokal økonomisk risiko. Vi ser dette som én af grundene til, at de usunde mennesker risikerer den marginalisering, vi finder eksempler på i vores analyse. Lederne ønsker simpelthen ikke at ansætte dem. Men ud fra et samfundsmæssigt perspektiv, er det interessant at vurdere, hvad der er dyrest overordnet set; medarbejdere på arbejdspladser som er lidt oftere syge – eller de samme personer på overførselsindkomster fordi ingen vil ansætte dem? Og i denne sammenhæng kan igen spørgsmålet stilles: Ville de usunde have lige så mange sygedage, hvis de ikke marginaliseredes i samfundet og på arbejdspladsen?

Det kan diskuteres, om arbejdspladsen bør blande sig i medarbejdernes sundhedsadfærd gennem fastsatte værdier og holdninger på organisatorisk niveau. Betydningen af sådanne italesættelser har, som analysen viser, konsekvenser, som umiddelbart hverken tjener virksomheden eller medarbejderne. Der er ikke nødvendigvis et problem i, at arbejdspladsen er åben over for medarbejdernes ønsker og giver medarbejderne mulighed for at arbejde med de ting, der måtte plage dem – som eksempelvis sundhed. Problemet ligger i, at man italesætter eller imponerer problemer på medarbejderne ud fra generelle normer om, hvad der er godt eller skidt for dem. Og man gør med et subtilt tilbud, der retter sig mod personlig adfærd og samtidig sætter en række magtmekanismer i brug for at få medarbejderne til at indse det hensigtsmæssige i deltagelsen.

Lederne på arbejdspladserne har samtidig ansvar for fagligheden. I forhold til denne mener vi også, at nogle refleksioner er på sin plads: Er det hensigtsmæssigt at stræbe efter *den* psykiatriske afdeling, hvor patienterne bliver indlagt i et fitnesscenter fyldt med klidkiks-spisende, grøn the-drikkende, yogadyrkende pilatesmestre, der virkelig forstår at forvalte det *rigtige, gode* liv. Eller kan der være en behandlingsmæssig fordel ved at vise patienterne en mangfoldighed og rummelighed i forhold til værdier og livsstil? Skal vi følge den menneskelige historicitet hos Foucault, vil der altid være modstand mod magten (1983). Der vil altid være nogen, der ikke har lyst til at blive sat i bås med alle andre – med alt hvad der er *normalt*. Og det er der vel heller ingen grund til at undgå?

Det står til konstant forhandling inden for forskellige videnskabeligheder, hvad der skaber psykiske lidelser – men følelsen af ikke at passe ind; ikke at leve op til normerne; at være anderledes på en dårlig måde kan anses som en årsag til nogle af vor tids mest talrige sindslidelser som eksempelvis depression og anoreksi (Willig & Østergaard 2005). Skal man så, med sine psykiske lidelser mødes af et system, der søger at ensrette og normalisere én så meget som muligt, for *derved* at helbrede? Eller er det muligt, at det ville være lige så helbredende at blive mødt uden at blive dømt for (i det mindste nogle af) de måder, hvorpå man opfører sig anderledes, og ud fra nogle værdier, der ikke er i fuldstændig overensstemmelse med samfundsnormerne? Nogle af de mennesker, der behandler vores syge, har jo i analysen vist sig ikke at trives så godt med forbilleder, der imponerer deres sundhedsideal. Er der nogen grund til at tro, at patienterne har det anderledes?

### *Hvor skal vi hen?*

Normer i forhold til sundhed spiller ind i forhold til en diskussion af, hvad der er væsentligt for samfundet og for mennesket. Det gode og meningsfulde liv, som kan opnås gennem fysisk sundhed, bygger på nogle implicite, forstået som noget der tages for givet, og som vi har set i vores analyse, eksplicite værditilskrivelser af bestemte måder at leve livet på. Fysisk sundhed er hensigtsmæssigt at pleje, hvis man gerne vil leve så lang tid som muligt, og leve i en krop med funktionsduelige organer til at løbe, dyrke sex, svømme, og hvad der ellers fortælles som værdifuldt ved fysisk sundhed.

Og fysisk sundhed *kan* ligeledes være hensigtsmæssigt, hvis man gerne vil kunne producere og skabe samfundsmæssig økonomisk vækst så længe som muligt. Vi har organiseret vores samfund og hele vores verden på en økonomi, der bygger på en præmis om konstant vækst; at producere mere år efter år. En af de vigtigste parametre for at vurdere et lands succes eller fiasko er den årlige vækst i BNP (Udenrigsministeriet 2010). For at væksten skal blive ved med at stige, bliver det vigtigt, at arbejdskraften er mere effektiv i forhold til samfundets udgifter, hvilket eksempelvis kan opnås ved at arbejde længere eller gennem nedbringelse af sygefraværet. Men er det i sig selv meningsfuldt at søge dette lange funktionsduelige liv?

Gennem de seneste 150 år, er menneskets gennemsnitlige levealder i den vestlige verden praktisk talt fordoblet (Christensen 2000). Vi har fået hygiejne og regelmæssig kost, sundheds-

væsenet forlænger vores liv, og vi bliver bedre og bedre til at adfærdsregulere os selv til at gøre og spise de livsforlængende ting. Men hvorfor er det så meningsfuldt?

Fortællingen om, at det *gode* liv opnås gennem fysisk sundhed, er *én* historie, ligesom dette speciale er en anden historie. *Vores* historie har til formål at skabe refleksion over, hvilken retning samfundet bør gå i. Det er op til subjekterne og de fællesskaber, de indgår i, at omsætte diskussionen til en større diskursiv praksis. Vi må som samfund vurdere, om sundhedsfremme skal være et arbejdspladsanliggende. Og dette kan være en interessant diskussion at involvere sig i. Mulighederne, der forbindes med et sundhedsfremmeprojekt, som vi har set det i vores case, opleves som utroligt positivt af en række mennesker, og man kan sagtens forestille sig, at det kunne implementeres under større hensyntagen til de mennesker og perspektiver, der i vores case bliver marginaliserede. Vores mål med dette speciale er derfor på ingen måde at afskaffe sundhedsfremme på arbejdspladserne. Det er, som vi også tidligere har beskrevet, vores mål at ryste fundamentet for de antagelser, der synes gældende på nuværende tidspunkt, når man træffer beslutninger; både på arbejdspladser, som privatperson og på samfundsmæssigt plan.

Det gode liv er imidlertid ikke kun en størrelse, der har med sundhedsfremme at gøre. Andre betegnere i samfundet har ligeledes betydning for mulighederne for realisering af 'det gode liv'. Det kan tænkes, at disse værdier – ligesom sundhed – er mere tilgængelige for nogle personer end andre. Således kunne de være interessante diskurser at destabilisere gennem historiske og kontekstuelle undersøgelser. Vi tænker her på begreber som køn, etnicitet, seksualitet, alder, sygdom, handicap mv. Man kunne også forestille sig, at diskurser i arbejdslivet omkring fleksibilitet, selvrealisering, personlig (og faglig) udvikling, grænseløshed og andre er lettere for nogle end for andre at gøre krav på og leve op til. Det kunne være interessant at undersøge, under hvilke magtforhold disse diskurser udvikles, og hvilke konsekvenser de har.

## 7. Oversigt over empiri

Vi har sammen med rapporten afleveret en DVD med al tilgængelig empiri. Her er en oversigt over, hvad der findes på DVDen

I mappen **Lydfiler** findes alle lydfiler fra forskningsprojektets hhv. baseline-, proces- og evalueringssamtaler.

I mappen **Empirirapporter** findes empirirapporter for forskningsgruppens hhv. baseline- og evalueringssamtaler samt specialets empirirapport, indeholdende fuld transskription af de 5 interviews

I mappen **Rapporter** findes også de kilder, vi har anvendt i specialet, men som ikke er udgivet. De står markeret i litteraturlisten som værende at finde på DVDen.

I mappen **Bilag** findes følgende dokumenter, der indgår som baggrundsviden for projektet. Nogle er brugt som kilder i projektets afsnit:

**Bilag 1** - Analysedisposition – Tanja

**Bilag 2** - Analysedisposition – Laila

**Bilag 3** - Analysedisposition - Gerda

**Bilag 4** - Analysedisposition - Annette

**Bilag 5** - Analysedisposition - Dorte

**Bilag 6** - Analysedisposition samlet – kort

**Bilag 7** - Interviewguides evaluering

**Bilag 8** - Opdateret anonymiseret opgørelse af deltagere i sundhedsfremmende aktiviteter

**Bilag 9** - Oversigt til RUC om sundhedsvejlederes uddannelse

**Bilag 10** - Resultater arbejdsmiljø ved evaluering, det almenpsykiatriske afsnit

**Bilag 11** - Resultater arbejdsmiljø ved evaluering, det ungdomspsykiatriske afsnit

**Bilag 12** - Resultater arbejdsmiljø ved evaluering, det lukkede afsnit

**Bilag 13** - Statistik for udvikling i arbejdsmiljø fra baseline til evaluering

**Bilag 14** - Tematisering af citater

**Bilag 15** - Præsentation af projektet v. opstartsseminar januar 2008

**Bilag 16** – Psykiatriens projektbeskrivelse august 2007

**Bilag 17** - Oversigt over personer i casen - Baseline og proces

**Bilag 18** - Evalueringssamtale af sundhedssamtaler Sundhedsvejleder 1

**Bilag 19** - Evalueringssamtale af Sundhedssamtaler Sundhedsvejleder 2

**Bilag 20** - Evalueringssamtale af sundhedssamtaler Sundhedsvejleder Clara

**Bilag 21** - Evalueringssamtale af sundhedssamtaler Sundhedsvejleder 4

**Bilag 22** - Evalueringssamtale af sundhedssamtaler Sundhedsvejleder 5

**Bilag 23** - Evalueringssamtale af sundhedssamtaler Sundhedsvejleder 6

**Bilag 24** - Evalueringssamtale af sundhedssamtaler Sundhedsvejleder 7

**Bilag 25** - Evalueringsskema 1

**Bilag 26** - Evalueringsskema 2

**Bilag 27** - Evalueringsskema 3

**Bilag 28** - Evalueringsskema 4

- Bilag 29** - Evalueringsskema 5  
**Bilag 30** - Evalueringsskema 6  
**Bilag 31** - Evalueringsskema 7  
**Bilag 32** - Evalueringsskema 8  
**Bilag 33** - Evalueringsskema 9  
**Bilag 34** - Evalueringsskema 10  
**Bilag 35** - Evalueringsskema 11  
**Bilag 36** - Evalueringsskema 12  
**Bilag 37** - Evalueringsskema 13  
**Bilag 38** - Evalueringsskema 14  
**Bilag 40** - Møde med projektleder april 2009  
**Bilag 41** - Mail fra Projektleder vedr psykiatrimøde juni 2008  
**Bilag 42** - Beskrivelse af Sundhedsfremmeprojektet aug 2007  
**Bilag 43** - Evaluering af projektet i Psykiatrien aug 2007  
**Bilag 44** - Nyhedsbrev til personalet i det lukkede afsnit om aktiviteter fra uge 14 2009  
**Bilag 45** - Nyhedsbrev til personalet i det almenpsykiatriske og det ungdomspsykiatriske afsnit om aktiviteter fra uge 13 2009  
**Bilag 46:** Tids- og arbejdsplan august 2007  
**Bilag 47:** Vores præsentation til forskningsgruppemøde april 2010  
**Bilag 48** - Referat af møde med projektleder august 2009  
**Bilag 49** - Referat af møde med projektleder april 2009  
**Bilag 50:** Vores præsentation af projektet til det lukkede afsnit marts 2010  
**Bilag 51:** Sundhedsrapporten fremlagt ved temadag om sundhed marts 2010

## 8. Litteraturliste

Overordnet formateret efter retningslinjerne formuleret af American Psychological Association (APA) style. Enkelte ændringer er dog foretaget, idet der skrives fornavne.

Ajslev, Jeppe Z., Julie R. Kejlaa, Jeppe Møller, Drude C. T. Nielsen og Simon B. Scheppan (2007). *Selvrealiseringens konsekvenser*. Bachelormodulrapport ved psykologi: Roskilde Universitetscenter. Vedlagt på DVD.

Ajslev, Jeppe Z., Marianne Almann, Jeppe Møller, Helene K. L. Nielsen, John K. Nielsen og Simon B. Scheppan (2008). *Skjult arbejde i en grænseløs udviklingskultur*. Bachelorafhandling ved arbejdslivsstudier: Roskilde Universitetscenter. Vedlagt på DVD.

Ajslev, Jeppe Z., Simon B. Scheppan, Jeppe Møller, Kasper Worsøe (2009). *Mod Sundhed*. Kandidatmodulrapport ved arbejdslivsstudier: Roskilde Universitet, 2009. Vedlagt på DVD.

Austin, John L. (1975). *How to do things with words*. (Red.) J. O. Urmson og Marina Sbisà. Redigeret samling af John Austins foredragsnoter. Harvard University Press.

- Bourdieu, Pierre (1997). *Af praktiske grunde*. Oversat af Henrik Hovmark. København: Hans Reitzels Forlag. Originaludgave på fransk 1994.
- Bredsdorff, Nils (2008). Kritikkkens nødvendighed eller det venligt fjendtlige samarbejde mellem forskere. I *Dansk Sociologi*, nr. 4/19, 2008.
- Christensen, Kaare (2000). *Hvorfor ældes vi forskelligt*. København: Gyldendal uddannelse.
- Dalsgaard, Lise, Bodil Jensen, Ingeborg H. Kristensen, Birgitte Thastrup og Berit Ziebell (2006). *Du bestemmer - nye sammenhænge nye muligheder*. Holstebro: Center for Folkesundhed.
- Danmarks Statistik (2010). Middellevetid. *Nyt fra Danmarks statistik*, 124, 2010. Hentet d. 18. august fra <http://www.dst.dk/pukora/epub/Nyt/2010/NR124.pdf>
- Davies, Bronwyn og Rom Harré (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. I *Journal for the Theory of Social Behavior*, 20, 43-63.
- Favrholdt, David (2001). Social konstruktivisme - marmortempel eller sandslot? *Filosofi.dk*. Hentet 2. august 2010 fra [http://www.filosofi.net/artikler/favrholdt\\_sk.pdf](http://www.filosofi.net/artikler/favrholdt_sk.pdf)
- Foucault, Michel (1978). *Seksualitetens historie 1 - Viljen til viden*. Oversat af Søren Gosvig Olesen. København: Rhodos. Originaludgave på fransk 1976.
- Foucault, Michel (1983). The Subject and Power. I Paul Rabinow og Nikolas Rose (red.), *The Essential Foucault* (s. 126-144). New York: The New Press, 2003.
- Foucault, Michel (2005). *Vidensarkæologien*. Oversat af Mogens Chrom Jacobsen. Århus C: Forlaget Philosophia. Originaludgave på fransk 1969.
- Gergen, Kenneth J. (2000). Technology, Self and the Moral Project. I Joseph E. Davies (red.), *Identity and Social Change*. New Jersey: Transaction Publishers.
- Gergen, Kenneth J. (2001). *Social Construction in Context*. London: Sage Publications.
- Gergen, Kenneth J. (2006). *Det mættede selv - Identifikationsdilemmaer i nutiden*. Oversat af Tom Bøgeskov. København: Dansk Psykologisk Forlag. Originaludgave på amerikansk 1991.
- Gergen, Mary, Kenneth J. Gergen og Frank Barrett (2004). Appreciative inquiry as dialogue: Generative and transformative. I David L. Cooperrider og Michael Avital (red.), *Constructive discourse and human organization*. Oxford: Elsevier Ltd.
- Habermas, Jürgen (1996). *Teorien om den kommunikative handling*. En samling af uddrag af Habermas' forelæsninger. Oversat af John Cederstrøm. Aalborg Universitetsforlag. Originaludgave på tysk 1981
- Haraway, Donna (1991). *Simians, Cyborgs and Women - The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.

Honneth, Axel (2002). Organiseret selvrealisering - individualiseringens paradokser. I Rasmus Willig og Marie Østergaard (red.), *Sociale patologier*. København: Hans Reitzels Forlag, 2005.

Honneth, Axel (2003). *Behovet for anerkendelse*. Artikelsamling oversat af Mogens Chrom Jacobsen. København: Hans Reitzels Forlag. Originaludgaver på tysk og engelsk 1990, 1993, 1994, 2000 og 2001.

Honneth, Axel (2006). *Kamp om anerkendelse – sociale konflikters moralske grammatik*. Oversat af Arne Jørgensen. København: Hans Reitzels Forlag. Originaludgave på tysk 1992.

Hvid, Helge S. og Niels Møller (1992). *Det udviklende arbejde*. København: Forlaget Fremad.

Hvid, Helge S. og Henrik L. Lund (2003). Begrebet arbejde i et bæredygtighedsperspektiv. *Økonomi og Politik* 76(1), (s. 2-23).

Järvinen, Margaretha (2005). Interview i en interaktionistisk begrebsramme. I Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.

Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. I Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kjøller, Mette, Knud Juel og Finn Kamper-Jørgensen 2007. *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. København Statens Institut for Folkesundhed.

Krøjer, Jo (2006). Kritisk forskning og forskellige forandringsperspektiver - En teoretisk tilnærmelse. *Nordiske Udkast*, nr. 2. (s. 49-69).

Kvale, Steinar (1997). *InterView – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Oversat af Bjørn Nake. København: Hans Reitzels Forlag, 1997. Originaludgave på engelsk.

Lather, Patti (2000). Against Empathy Voice and Authenticity. *Kvinder, køn & forskning* nr. 4, 2000.

Lather, Patti (2006). *(Post)Feminist Methodology: Getting Lost OR a Scientificity We Can Bear to Learn From*. Paper præsenteret ved *Research Methods Festival*, Oxford, Juli 2006.

Lund, Henrik L., Helge S. Hvid, Klaus T. Nielsen, Annette Kamp og Kurt A. Nielsen (2008). Flexibilitet på godt og ondt. *FTF Dokumentation*, 7, juni 2008.

Lund, Henrik L., Jeppe Z. Ajslev og Jeppe Møller (2010). *Tid til sundhed*. Evalueringsrapport, marts 2010. Roskilde Universitet. Vedlagt på DVD.

McNay, Lois (2008). The trouble with recognition: Subjectivity, Suffering and Agency. *Sociological Theory*, 26(3), 271-296.



Mik-Meyer, Nanna (2008). Ledelse I intimsfæren: Sundhedsledelse og konstruktionen af overvægtige som risiko. I Camilla Sløk og Kaspar Villadsen (red.), *Velfærdsledelse – I den selvstyrende velfærdsstat*. København: Hans Reitzels Forlag.

Negt, Oskar (1985). *Det levende arbejde - den stjålne tid*. Oversat af Birger Steen Nielsen. København: Forlaget Politisk Revy. Originaludgave på tysk 1984.

Nielsen, Kurt A og Lennart Svensson (2006). Introduction and Background. I Kurt A. Nielsen og Lennart Svensson (red), *Action Research and Interactive Practice - Beyond practice and theory*. Maastricht: Shaker Publishing.

Nørr, Christian (2009). "Hver tredje dansker ser skævt til usunde mennesker". *Fri.dk*. Hentet d. 5. august 2010 fra <http://www.fri.dk/velvaere/hver-tredje-dansker-ser-skaevt-til-usunde-mennesker>

Popper, Karl (1972). Om kilderne til erkendelse og til uvidenhed. I Karl Popper (red.), *Kritisk rationalisme, Udvalgte essays om videnskab og samfund*. København: Nyt nordisk forlag. Oprindeligt foredrag holdt i 1960.

Rasborg, Klaus (2004). Socialkonstruktivismen. I Lars Fuglsang og Poul B. Olsen (red.), *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.

Schjødt, Torben og Torben Heinskou (red.) (2007). *Miljøterapi på dynamisk grundlag*. København: Hans Reitzels Forlag.

Stormhøj, Christel (2006). *Poststrukturalismer - videnskabsteori, analysestrategi, kritik*. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.

Søndergaard, Dorthe Marie (1999). *Destabilising Discourse Analysis - Approaches to Poststructuralist Empirical Research*. Working Paper no. 7.

Tynell, Jesper (2001). *Da medarbejderne blev en ressource: Magtrelationer i en virksomhed, der profilerer sig på at pleje og udvikle medarbejdernes menneskelige ressourcer*. Specialeafhandling ved Kommunikation og Historie: Roskilde Universitetscenter.

Udenrigsministeriet (2010). "LANDEFAKTA KINA (PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA)". Hentet d. 19. august 2010 fra <http://www.um.dk/da/menu/udenrigspolitik/Landefakta/LandefaktaAsien/kina.htm>

Ugebrevet A4 (2010). "LO - 1873-1949". Hentet d. 2. august 2010 fra <http://www.ugebreveta4.dk/sitecore/content/Home/LO/RUNDTOMLO/Faktaogbaggrund/FaktaomLOshistorie/Arbejds miljo/1873-1949.aspx>

Wenneberg, Søren B. (2000). *Socialkonstruktivisme - Positioner, problemer, perspektiver*. København: Forlaget Samfundslitteratur.

White, Michael (2002). Addressing Personal Failure. *International Journal of Narrative Therapy and Community Work*, 3.

WHO (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. *Official Records of the World Health Organization*, no. 2.

Willig, Rasmus (2005). Selvrealiseringsoptioner - vor tids fordring om anerkendelse. I Rasmus Willig og Marie Østergaard (red.), *Sociale patologier*. København: Hans Reitzels Forlag.

Willig, Rasmus og Marie Østergaard (red.) (2005). *Sociale patologier*. København: Hans Reitzels Forlag.

Worre-Jensen, Ann L., Berit L. Heitmann, Torkild I. A. Sørensen, Wilhelm Borg, Harald Hannerz og Kim L. Mikkelsen (2007). *De Samfundsøkonomiske konsekvenser af svær overvægt*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.