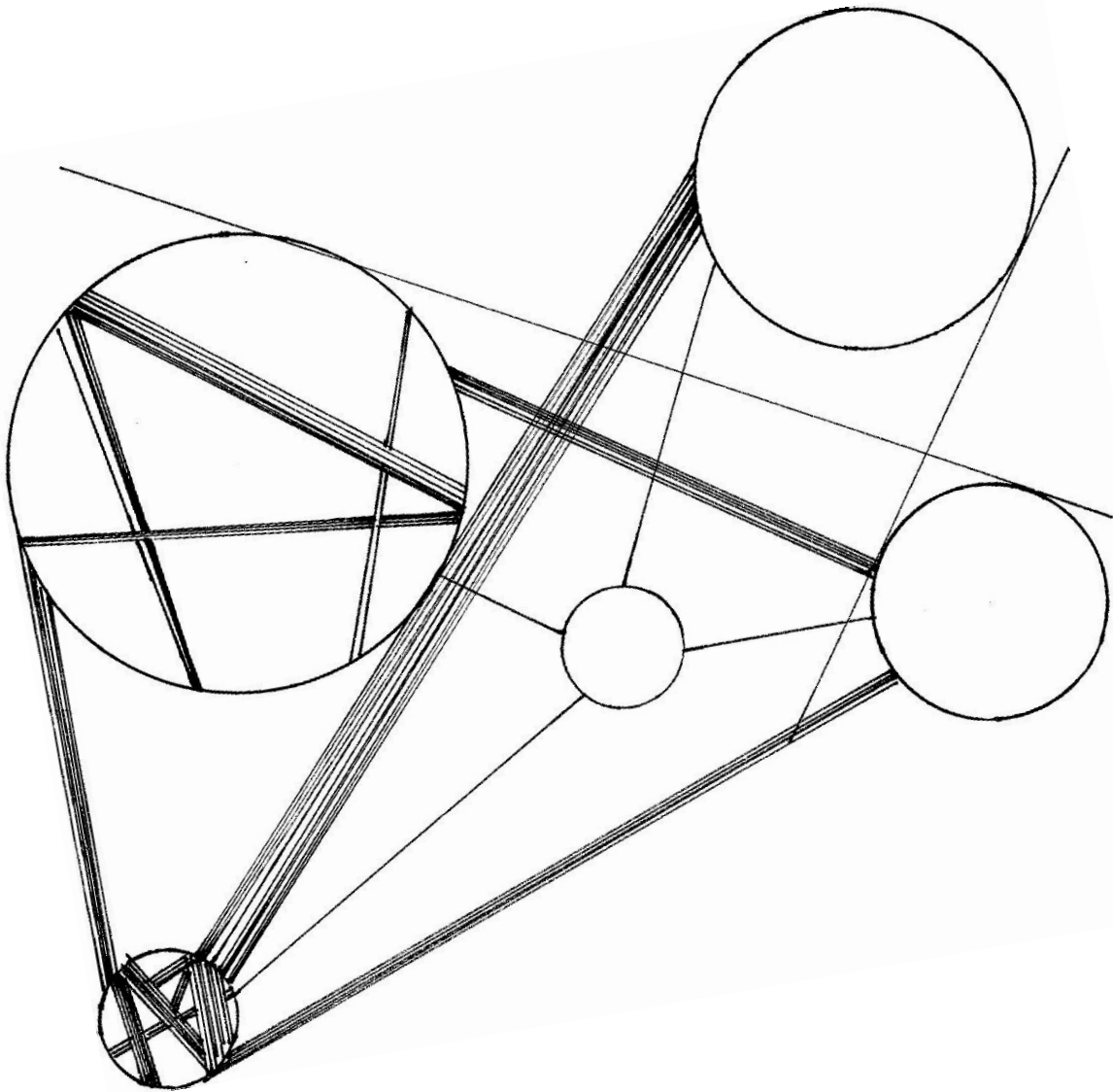


Sundhedsfremme i fysioterapeutuddannelsen



Vejledere:
Sine Lehn-Christiansen
Steen Baagøe Nielsen

Kandidatspeciale udarbejdet af:
Louise Søgaard Hansen
Sundhedsfremme og Pædagogik
Roskilde Universitet 2014

Forord

Jeg vil indledningsvist rette en tak til de mennesker, der har muliggjort og bidraget til dette speciale.

Først og fremmest en særlig stor tak til de undervisere og studerende, der har stillet sig til rådighed. I har inviteret mig indenfor, indviet mig i jeres tanker om og oplevelser med at deltage i en kompleks uddannelsesproces. Samtidig har I gennem hele forløbet vist et stort engagement i specialets tilblivelse.

Dernæst naturligvis også en stor tak til venner og familie for hjælp, tålmodighed og interesse for det, der har optaget mig gennem et langt stykke tid.

Sidst men ikke mindst tak til mine to tålmodige vejledere Steen Baagøe Nielsen og Sine Lehn-Christiansen for engageret og inspirerende vejledning.

God læselyst!

Forsideillustration: Thor Emil Søgaard Hansen

Samlet antal tegn uden fodnoter: 179.078

Svarende til 75 normalsider

Abstract

This thesis examines different ways through which 'the concept of health promotion' is discussed and negotiated in physiotherapy education in Denmark, how it is practiced by the students and eventually how this influences their self-image regarding the future role as a health professional.

In a Danish context the way in which health promotion is practiced amongst health professionals has been criticized for focusing on individual responsibility and a physical understanding of health. To understand and explain why the field of health promotion practice maintains these understandings, this thesis focus on education as a context, where fundamental understandings and categorizations are established.

Theoretically this thesis draws on a poststructuralistic framework supplemented with Bruners ideas of negotiation of meaning. Through a qualitative study, the thesis focuses on encounters between teachers and students of physiotherapy in the classroom, as well as on the subject positions taken by the students. Hereby the thesis analyses, a number of the ways through which 'health promotion' comes into being in the context of education.

This thesis demonstrates that health promotion in the context of the physiotherapy education is connoted with physical training and preventing diseases, in such a way that healthy living is closely associated with following official health recommendations, and as a consequence the responsibility for healthy living is individualized.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 – Indledning og problemformulering	3
Kapitel 2 – Specialets opbygning.....	5
Kapitel 3 – Videnskabsteori, teori, metode, metodologi og analysestrategi.....	7
3.1 Videnskabsteoretiske perspektiver og tilblivelsen af de fire arbejdsspørgsmål	7
3.2 Forskersubjektivitet.....	10
3.3 Teoretiske og metodiske valg.....	11
3.3.1 Diskurs og diskursiv praksis.....	11
3.3.2 Forhandling og positionering	13
Klasserummet som forhandlende social praksis	13
Positionering i den sociale praksis.....	15
Forhandlinger og positionering som informerende for observationer i feltet.....	15
3.3.3 Subjektivering.....	17
Subjektivering og positionering som informerende for interviews	19
3.4 Tilgang til feltet og empiriens kvalitet.....	19
Præsentation af informanterne	21
3.4 Analysestrategi	21
Kapitel 4 – Situering af læringsrummet.....	24
4.1 WHO's sundhedsfremmebegreb og tiden efter Ottawa.....	24
Opsummering	26
4.2 Sundhedsfremme i det sundhedspolitiske felt.....	26
Opsummering	27
4.3 Det sundheds- og fysioterapeutfaglige felt.....	28
4.3.1 Sundhedsfremme i det fysioterapeutfaglige felt.....	29
Opsummering	29
4.4 Fysioterapeutuddannelsen i forandring – akademisering og læring.....	30
4.4.1 Uddannelsen og det fremtidige sundhedsfremmende arbejde	31
4.4.2 Læringstilgang og læreprocesser i uddannelsen	32
Opsummering	35
4.5 Opsummering	35

Sundhedsfremme i fysioterapeutuddannelsen

Kapitel 5 – Deltagelsesformer og forhandlinger	37
5.1 Fælles refleksionsrum?	37
5.2 Sundhed er et tilvalg – en analyse om legitime årsagsforklaringer	40
5.3 I er ikke som de andre	42
5.4 Sundhedsfremme og samfundsrelaterede faktorer?	44
5.5 Udfordring af normative forståelser	45
5.6 Opsummering	47
Kapitel 6 – Sundhed og uddannelsesdeltagelse som subjektiveringsressource	49
6.1 Praktiseringer af sundhed	49
6.2 Sundhedsprojektet på egne kroppe – at være rollemodel	52
6.3 Opsummering	56
Kapitel 7 - Sundhed og sundhedsfremme	58
7.1 Fysisk aktivitet som sundhedsfremmende	58
7.2 Motiverende arbejde som sundhedsfremmende	63
7.3 Sundhedsfremme: Mellem idealer og muligt handlingsrum	67
7.4 Opsummering	70
Kapitel 8 – Konklusion	72
Kapitel 9 – Afslutning	75
Referencer	77
Bilag	

Kapitel 1 – Indledning og problemformulering

Dette speciale omhandler forskellige måder, hvorpå sundhedsfremme diskuteres og forhandles i fysioterapeutuddannelsen, hvordan det herigennem praktiseres af de studerende samt hvilke betydninger det får for deres oplevelse af sig selv som fremtidige sundhedsprofessionelle.

Sundhedsfremme, som sundhedsprofessionelt fagfelt, er gennem de seneste tredive år i stigende grad blevet inddraget i sundhedspolitiske målsætninger og indskrevet i de sundhedsfaglige uddannelsers læringsmål (Retsinformation 2008). I en dansk sammenhæng er der skærpet opmærksomhed på, hvordan sundhedsfremme praktiseres i det sundhedsfaglige felt. Pedersen et al (2012) diskuterer paradokset i, at praksisfeltet fastholder individorienterede tilgange, trods en voksende viden om socioøkonomiske faktoreres betydning for menneskers sundhed. Dybbroe og Kappel (2012) anfører tillige, at sundhedspersoner ikke har den følsomhed overfor menneskers levede liv og sociale betingelser, som skal til for at bedrive sundhedsfremme. Samtidig med en manglende inddragelse af viden om samfundsskabte forholds betydning for det sundhedsfremmende arbejde, fastholder det sundhedsfaglige felt en fokusering på naturvidenskabelig evidensforståelse, og derigennem en fysisk/kropslig forståelse af helbredsproblemer (Green & Tones 2010). Derved er der en risiko for, at væsentlige aspekter i det sundhedsfremmende arbejde overses, hvilket i sidste ende kan betyde, at bestræbelserne på at fremme menneskers sundhed ikke lykkes.

For at kunne forstå og forklare, hvordan det kan gå til, at sundhedsfaglige professionelle fastholder disse forståelser i det sundhedsfremmende arbejde, vælger jeg at fokusere på uddannelse, som en kontekst, hvor begrebsforståelser bliver til og tilskrives betydning.

Jeg foretager et konkret nedslag i uddannelsen til fysioterapeut, idet det er en faggruppe, der er stærkt repræsenteret i sundhedsfremmearbejdet (KL 2010, 2014), hvorved de bliver medkonstruerende i de konkrete praktiseringer af sundhedsfremme. Det er en sundhedsprofession, der hovedsagligt arbejder med en fysisk tilgang til sundhedsproblemer med det formål at fremme, vedligeholde eller genskabe fysisk, psykisk og social velbefindende (Porter, 2005). Flere studier peger på, at fysioterapeuters konkrete praktiseringer af sundhedsfremme er betinget af at skulle udfoldes i et spændingsfelt mellem evidens-baseret praksis, historisk og kulturelt indlejret viden samt viden om ulighed i sundhed, empowerment- og deltagelsesperspektiver (Wood 2013, Boll et al 2010, Perreault 2008, Litchfield et al 2002). Det anføres at én af de store udfordringer ved at koble fysioterapi og sundhedsfremme er, at der skal ske en fundamental ændring i såvel

fysioterapeuters forståelse af sundhed, som i deres forståelse af egen rolle i forhold til de mennesker, de kalder patienter. Det bliver særligt vigtigt, hvis ambitionen er at inddrage en bredere tilgang til sundhedsfremme end tilfældet er nu (Perrault 2008).

Jeg vender blikket mod uddannelsen, fordi det er her grundlæggende begrebsforståelser og kategoriseringer konstrueres. Formålet med uddannelser er netop at udstyre mennesker med et sprog, som er virksomt i forhold til at kunne tolke betydninger og konstruere virkeligheder (Bruner 1998: 69). Den konkrete uddannelse foregår på én af landets syv professionshøjskoler (UC 2014), varer 3½ år og giver efter endt uddannelse ret til betegnelsen Professionsbachelor i Fysioterapi med autorisation til at udføre sundhedsfaglig virksomhed (Retsinformation 2008).

Analytisk ser jeg på, hvordan forhandlinger, diskussioner og praksisser om sundhedsfremme, samt de studerendes oplevelser af sig selv som fremtidige sundhedsfremmende professionelle frembringer særlige forståelseskategorier af, hvad sundhedsfremme er, og hvordan det gøres i uddannelsen. Undervisningens form og indhold er medskabende i de studerendes forestillinger om det fremtidige arbejde, og dermed også hvilke kategoriseringer, der bringes med ud i arbejdslivet og her reproduceres i konkrete praktiseringerne af sundhedsfremme i mødet med borgerne.

Specialet runder af med at se på konsekvenserne af de forståelser af sundhedsfremme, der stilles til rådighed i et bredere samfundsmæssigt perspektiv. Det diskuteres, hvordan de læringsvilkår, de studerende møder gennem undervisningen kan virke mangelfulde i forhold til inddragelses- og deltagelsesdimensioner i klasserummet, hvor de studerendes egne oplevelser og erfaringer fra praksis ofte ikke mødes i et refleksivt rum, og dermed ikke bliver medkonstruerende i forhandlingerne. Derudover diskuteres det, hvordan det bliver problematisk for de studerende at oversætte de grundlæggende kategoriseringer af sundhedsproblemer og sundhedsfremmende arbejde, og hvordan uddannelsen kan medvirke til at spænde ben for dette arbejde, idet væsentlige medkonstituerende faktorer i menneskers sundhed overses.

Jeg har opstillet følgende problemformulering for specialet:

Hvordan får de studerende på fysioterapeutuddannelsen mulighed for at orientere sig mod at blive sundhedsfremmende professionelle, og hvilke forståelser af sundhed og sundhedsfremme muliggøres i uddannelsen?

Kapitel 2 – Specialets opbygning

De primære fokusområder i problemformuleringen er læringsrummets¹ mulighedsbetingelser for at tilskrive sundhedsfremmebegrebet betydning og de studerendes orientering imod et fremtidigt sundhedsfremmende professionelt virke. Hvordan jeg agter at svare på dette, vil jeg i det følgende gøre rede for, hvor jeg samtidig vil ridse specialets struktur op.

Kompleksiteten i problemstillingen, hvor kontekstuelle, intersubjektive og subjektive forhold forsøges belyst lægger op til en kompleksitetssøgende tilgang. Den finder jeg gennem anlæggelse af en poststrukturalistisk ramme for specialet, hvorved jeg netop opnår en særlig sensitivitet overfor tilblivelsesprocessers komplekse situering (Søndergaard 2005). Med afsæt i post-strukturalismens forståelser af, at alt er socialt og historisk betinget har jeg opstillet fire arbejds-spørgsmål:

1. Hvordan er læringsrummets konstruktioner af sundhed- og sundhedsfremmeforståelser og de studerendes muligheder for at orientere sig mod det professionelle sundhedsfremmearbejde situeret i et komplekst netværk af kontekstuelle forhold?
2. Hvilke mulige forhandlings- og refleksionsrum skabes i den teoretiske undervisning om sundhedsfremme på fysioterapeutuddannelsen, herunder hvordan inddrages de studerendes egne oplevelser i forhandlingerne?
3. Hvilke betydninger får deltagelse i uddannelsen for de studerendes subjektiveringsprocesser imod det fremtidige arbejde med sundhedsfremme?
4. Hvilke diskursive konstruktioner af sundhedsfremme frembringes igennem subjekters deltagelse i læringsrummets forhandlinger, diskussioner og refleksioner?

Én af pointerne i den poststrukturalistiske tænkning er, at det ikke giver mening at adskille teori, metodologi og metode. Det tager jeg seriøst og vælger derfor at udfolde dette samlet i kapitel 3, hvor præmisserne for besvarelsen af problemformuleringen er skrevet frem. Her redegør jeg ligeledes for baggrunden og betydningen af arbejdsspørgsmålene, ligesom jeg udfolder de videnskabsteoretiske perspektiver i poststrukturalismen.

Poststrukturalismen har fokus på sproget som virkelighedsskabende og med afsæt heri besvarer jeg problemformuleringen gennem analysen, som falder i fire dele:

¹ Læringsrummet skal i specialet *ikke* forstås som et fysisk afgrænset rum, men som et læringsrum jf. Davies' begreb om 'spaces of learning': "A space signals a place that is not fixed and that is open to multiplicity" (Davies 2009: 5)

I analysens første del, kapitel 4, viser jeg, hvordan sundhedsfremmebegrebet og de studerendes orienteringer mod det professionelle virke konstitueres i en kompleksitet mellem subjekter, institutioner og politikker. For at anskueliggøre denne kompleksitet er det nødvendigt at undersøge den kontekst læringsrummet er situeret i, da det er med til at disciplinere undervisningen og de studerende på særlige måder. Jeg viser, hvordan læringsrummet er indlejret i et spændingsfelt mellem forskellige sundhedsfremmeforståelser, uddannelsespolitiske mål, sundhedsfaglig legitim viden og institutionelle rammer samt hvordan hegemoniske kampe i denne kontekst udspilles

I anden del af analysen, kapitel 5, har jeg fokus på, hvordan deltagelse gennem forhandlinger og refleksioner tager sig ud i klasserummet. Her tager jeg dels afsæt i positioneringsteorien (Davies & Harré 1990) og dels i Bruners² lærings- og uddannelses tænkning som en tilføjelse til det post-strukturalistiske perspektiv.

Analysens tredje del, kapitel 6, indeholder min analytiske fremskrivning af, hvordan deltagelse i uddannelsen får betydning for de studerendes oplevelser og fortællinger om sig selv som sundhedsfremmende personer.

Fjerde og sidste del af analysen, kapitel 7, vil vise, hvilke forståelser af sundhedsfremme, der muliggøres i uddannelsen, og hvilken vidensk kontekst de diskursive konstruktioner foregår indenfor.

På den baggrund viser jeg i kapitel 8, hvordan uddannelsen risikerer at reproducere individuelle, fysiske og kropslige forståelser af sundhedsfremmearbejdet, hvorved de studerende overlades til selv at foretage en egentlig omsætning af forståelserne på et praktisk handleniveau.

Afslutningsvist diskuterer jeg i kapitel 9, hvordan pointerne i specialet kan anskues i relation til den foreliggende viden om sundhedsfremme og praktiseringer heraf.

² Jerome Bruner (f. 1915): Amerikansk psykolog og uddannelsesteoretiker

Kapitel 3 – Videnskabsteori, teori, metode, metodologi og analysestrategi

Jeg vil i dette afsnit indledningsvist redegøre for poststrukturalismens videnskabsteoretiske perspektiver, og hvordan jeg med afsæt heri har formuleret de fire arbejdsspørgsmål. Herefter viser jeg, hvordan min iagttagelsesposition og subjektivitet får betydning for arbejdet med dette speciale.

I forlængelse heraf udfolder jeg de teoretiske begreber, jeg anvender gennem analyserne, ligesom jeg gør rede for, hvordan begreberne har informeret den empiriske tilgang og omvendt. Analysestrategiske overvejelser og kvaliteten af den konstruerede empiri beskriver jeg til slut i kapitlet.

Jeg er opmærksom på, at min tilgang om at redegøre for teoretiske valg, metodeovervejelser og den konkrete empiriske tilgang er utraditionel, men i den poststrukturalistiske tilgang giver det ikke mening at adskille teori og metode. Samtidig ser jeg det som en mulighed for 'vise vejen', jeg er gået med henblik på kontinuerligt at tydeliggøre min egen iagttagelsesposition og perspektiv. Det er hensigten, at kapitlet skal illustrere, hvordan de teoretiske greb konkret informerer mine metodologiske overvejelser og konstruktioner af det empiriske materiale.

3.1 Videnskabsteoretiske perspektiver og tilblivelsen af de fire arbejdsspørgsmål

Nærværende afsnit vil beskrive de videnskabsteoretiske implikationer af den poststrukturalistiske ramme. Herunder vil jeg vise, hvordan begreberne diskurs, magt, viden og subjektivisering hentet heri informerer og kvalificerer de fire arbejdsspørgsmål.

Indenfor poststrukturalismens forståelsesramme eksisterer sand viden om virkeligheden ikke, da virkeligheden og viden herom anses for at være både kulturelt og historisk betinget, og dermed socialt skabt og foranderlig (Stormhøj 2006). Virkeligheden skabes i sproglige repræsentationer og erkendes derfor også gennem den sproglige praksis, der udgør kulturelt og historiske specifikke diskurser (Ibid: 34). Sproget er her "*generelt forstået som en betydningsproducerende praksis og specifikt som historiske, kollektive dannelser, såsom diskurser, fortolkningsperspektiver og begrebsskemaer*" (Ibid: 16). Sprog kan altså forstås som andet end

det konstaterende, sådan som det også beskrives hos Butler³, der introducerer begreberne performativitet og social genkendelighed, som kort beskrevet handler om det 'at praktisere' eller handle på bestemte måder, der reguleres af herskende normer og blive genkendt som kulturelt forståeligt subjekt (Ibid) (se s. 18).

I den poststrukturalistiske tænkning er ontologi og epistemologi knyttet sammen gennem fordringen om, at virkeligheden konstitueres gennem erkendelsen heraf. Ontologien kan dermed *"ikke isoleres fra epistemologien, eftersom 'det værende' ikke kan adskilles fra dets artikulation"* (Stormhøj 2004: 479). Erkendelsen, og dermed skabelsen af viden, er situeret og historisk, kulturel specifik, hvilket helt konkret i dette speciale betyder, at jeg som studerende, uddannet fysioterapeut, erfaren praktiker og underviser iagttager det empiriske felt fra ét særligt perspektiv og min vidensproduktion er afgrænset herved. Bestræbelsen bliver derfor også, at jeg løbende tydeliggør min situerethed, mit iagttagelsesperspektiv.

Konsekvensen af mit videnskabsteoretiske ståsted indebærer, at jeg ikke forstår 'sundhedsfremme' som en stabil kategori, men som noget der konstitueres i og af den sociale praksis – i dette tilfælde den uddannelsesmæssige kontekst – i mødet mellem de studerende, undervisere og læringsrummet⁴. Denne præmis leder mig frem til formuleringen af mit fjerde arbejds-spørgsmål:

4. Hvilke diskursive konstruktioner af sundhedsfremme frembringes igennem subjekters deltagelse i læringsrummets forhandlinger, diskussioner og refleksioner?

Gennem anlæggelse af en poststrukturalistisk tilgang bliver det med andre ord muligt se, hvordan særlige måder at tale om sundhedsfremme skaber begrebets tilblivelse.

Samtidig anlægger jeg også det perspektiv, at 'sundhedsfremme' bliver til i en praksis, hvori relationen mellem magt og viden er særligt rammesat, idet positionen 'underviser' immanent besidder større magt til betydningstilskrivning end positionen 'studerende'. Hermed bliver 'sundhedsfremme' ikke blot til i særlige forståelser, men forhandles gennem de positioner der allerede er til stede og de, der skabes læringsrummet, hvorved særlige subjektiveringsmuligheder stilles til rådighed for de studerende. Subjektiveringsbegrebet bygger kort fortalt på den poststrukturalistiske forståelse af, hvordan subjekter bliver til gennem den diskursive praksis, hvor subjektet underkaster sig diskurser, på én og samme tid

³ Judith Butler (f. 1956): Amerikansk poststrukturalistisk filosof, sociolog og kønsforsker, professor ved Berkeley University, USA

⁴ Læringsrummet – se s. 5

som de bliver til igennem den (Søndergaard 2003). I det konkrete empiriske felt handler det altså om, hvordan diskursive konstruktioner af begreber som sundhed og sundhedsfremme konstituerer særlige subjektiveringsmuligheder.

Om det at anskue subjekters mulighed for at blive til det særlige subjekt siger Butler, at mulighedsbetingelserne er indlejret, ikke blot i diskurser, men i gensidig konstituerende sociale handlinger (Davies 2006). Butler formulerer det således:

“At the most intimate levels, we are social; we are comported toward a ‘you’; we are outside ourselves, constituted in cultural norms that precede and exceed us, given over to a set of cultural norms and a field of power that condition us fundamentally” (Butler 2004 i Davies 2006: 426)

Jeg anser det at skulle lære om at arbejde med 'sundhed' og 'sundhedsfremme' i uddannelseskonteksten som en social praksis, som virker medkonstituerende for deltagernes subjektiveringsprocesser. Da diskurser omvendt konstitueres, rekonstitueres og formes gennem subjekter (Davies 2006), er denne forståelse af subjektivering central for at undersøge, hvordan sundhedsfremme bliver til. Dette leder frem til det tredje arbejdsspørgsmål:

3. Hvilke betydninger får deltagelse i uddannelsen for de studerendes subjektiveringsprocesser imod det fremtidige arbejde med sundhedsfremme?

Subjektivering i en pædagogisk kontekst handler, ifølge Søndergaard⁵ (Søndergaard 2003), om menneskers mulighed for tilblivelse som en omfattende dannelsesproces, hvori konstruktioner af intentionaliteter virker ind som en del af de komplekse processer. Søndergaards subjektiveringsbegreb, der grundlæggende bygger på underkastelse og tilblivelse (ibid: 34), henter blandt andet inspiration hos J. Bruner og hans fokusering på den enkeltes deltagelse i menings-skabelsen. Det er også her jeg henter min forståelse af begrebet 'forhandling', som en proces hvorigennem viden produceres i den sociale praksis, ligesom jeg i min brug af begrebet refleksion forstår det som "at tænke over det at tænke" (Bruner 1998: 69). Bruners teorier om meningsforhandling og deltagelsesdimensioner i læringsprocesser har informeret mit andet arbejdsspørgsmål:

2. Hvilke mulige forhandlings- og refleksionsrum skabes i den teoretiske undervisning om sundhedsfremme på fysioterapeutuddannelsen, herunder hvordan inddrages de studerendes egne oplevelser i forhandlingerne?

⁵ Dorte Marie Søndergaard (f. 1957): Dr. phil., Professor ved Danmarks Pædagogiske Universitet, AU

Det første arbejdsspørgsmål:

1. Hvordan er konstruktioner af sundhed- og sundhedsfremmeforståelser og de studerendes muligheder for at orientere sig mod det professionelle sundhedsfremmearbejde indlejret i kontekstuelle forhold?

var en naturlig konsekvens af poststrukturalismens præmis om, at konstituerende processer fletter sig ud og ind i komplekse netværker. Som Søndergaard beskriver, er man indenfor denne tradition optaget af at undersøge fænomeners konstituering, hvorfor konstituerende kræfter som politik, legitim viden, materialitet og deres involvering i konstruktionsprocesserne må forsøges fremanalyseret (2005).

3.2 Forskersubjektivitet

Min baggrund og dermed min iagttagelsesposition får betydning for min tilgang til undersøgelsen, og jeg vil derfor i det følgende give en kort redegørelse herfor.

Jeg anser det for særligt vigtigt at gøre min vej gennem teoretiske, metodologiske og empiriske valg transparente, idet jeg med min baggrund og mangeårige erfaring som fysioterapeut har en særlig erfaring med feltet.

En af de helt åbenlyse problemstillinger er alle selvfølghederne, som jeg kan være blind for, fordi denne type af faglighed har været en del af min hverdag i så mange år. Jeg forsøger at anlægge en distance til feltet gennem en bestræbelse på kontinuerlig og systematisk anvendelse af teoretiske begreber. Samtidig kan jeg, med mit videnskabsteoretiske ståsted, ikke anse mig selv som værende et objektivt sandhedsvidne og vil derfor løbende bestræbe mig på at tydeliggøre og reflektere over min egen position, og betydningerne af denne for den vidensproduktion, dette speciale er et udtryk for. På samme tid, som denne 'blindhed for selvfølgheder' risikerer at skabe 'støj', mener jeg omvendt også, at der er fordele ved min viden om og erfaring med feltet. Gennem større indsigt i, hvad der bliver talt om i undervisningen, hvad de studerendes fortællinger omhandler, og hvordan arbejdet med sundhed i praksis kan forme sig, kan den kvalificere min tilgang til det empiriske felt. Jeg vælger derfor at se min og feltets sammenflettede historier som en præmis for specialet, og anser, i forlængelse af mit videnskabsteoretiske ståsted, under alle omstændigheder min tilstedeværelse som medkonstruerende både i det empiriske materiale, såvel som i det analytiske arbejde.

3.3 Teoretiske og metodiske valg

Med mine spørgsmål om begrebers tilblivelse i en uddannelsessammenhæng, og min ambition om at være kompleksitetssensitiv har jeg valgt at åbne for mulige forståelser af sprogets og diskursernes betydning gennem anvendelse af Foucaults⁶ begreber om diskurser og diskursiv praksis. Diskursbegrebet åbner samtidig for forståelser af, hvordan viden-/magtrelationer i og udenfor klasserummet sætter sig igennem og virker i uddannelsens diskursive praksis.

Begrebernes tilblivelse og meningstilskrivning forhandles i den sociale praksis – klasserummet. Det har betydning for læring, hvilket Bruner åbner for forståelser af. Meningsforhandlinger er indlejret i det sociale og i magtforhold heri. Det kan jeg få blik for i en samtidig anvendelse af positioneringsteorien, hvor det bliver muligt at undersøge, hvordan der fra forskellige positioner kan tales om sundhed og sundhedsfremme, og hvordan den immanente magt distribueres i forhandlingen. Jeg henter min forståelse af positioneringsteorien hos Davies⁷ & Harré⁸ (1990) samt Harré & Van Langenhove⁹ (1999).

Hvordan læring gennem forhandlinger, positionering og magt får betydning for de studerendes arbejde på at udvikle en forståelse af sig selv som kommende sundhedsfremmende fysioterapeuter, får jeg adgang til gennem positioneringsteoriens åbning for forståelse af subjektet som produceret i og af den diskursive praksis, gennem positioner og subjektiveringsressourcer. Subjektiveringsbegrebet, som jeg anvender det, er blandt andet hentet i D. M. Søndergaards arbejde med subjektivering i pædagogiske kontekster, som er videreudviklinger af perspektiver skrevet frem hos blandt andet Foucault, Butler, Davies og J. Bruner.

3.3.1 Diskurs og diskursiv praksis

I poststrukturalistiske forståelser er sproget virkelighedsskabende. Gennem anvendelsen af sproget konstitueres virkeligheden på særlige måder og frembringer særlige mulige forståelser heraf. Sproget har således forrang, og det er kun muligt at erkende verden herigennem (Stormhøj 2006: 16). Implikationerne er vidtrækkende, idet det erkendelsesteoretiske grundlag således er sprogets muligheder og begrænsninger. Det får betydning for muligheden for at forstå, hvad sundhedsfremme er og bliver til i den uddannelsesmæssige kontekst og indbefatter dermed også, at det er en aldrig afsluttet proces og ikke lader sig definere endegyldigt. For at

⁶ Michel Foucault (1926-1984): Fransk filosof og idéhistoriker

⁷ Bronwyn Davies (f. 1945): Australsk forsker og professor ved University of Melbourne

⁸ Rom Harré (f. 1927): Engelsk filosof, psykolog og professor i videnskabsteori

⁹ Luk van Langenhove (f. 1957): Ph.d. i Socialvidenskab, leder af UN's University Institute on Comparative Regionale Integration Studies (UNU-CRIS)

kunne begribe, hvordan sproget er konstituerende for de forståelser og begrebsdannelser, der tilvejebringes i undervisningssituationen, henter jeg teoretiske forståelser i diskursbegrebet. Diskursbegrebet kan siges at give en forståelse af rammen for, hvad der kan siges og gøres i selve undervisningen. Diskurser er *"udsagn som konstruerer objekter og en række subjekt-positioner"* (Willig 2011: 108).

Foucault ser diskurser som den praksis, der foregår og som styret af særlige regler, om hvad der er muligt og ikke-muligt at sige indenfor den konkrete diskurs (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Med Foucaults egne ord ved man *"meget vel, at man ikke har ret til at sige alt, at man ikke ved hvilkensomhelst lejlighed kan tale om alt, at sluttelig ikke hvem som helst kan tale om hvad som helst"* (Foucault 1980: 43). Diskurserne er iflg. Foucault ikke transparente og neutrale. Det er dermed ikke bare gennem diskurser, kampe om bl.a. magt udtrykker sig. Nej, diskurserne er det, der kæmpes om (ibid: 44). Med sit diskursbegreb vil Foucault vise os, hvordan diskursiv praksis skaber videns- og sandhedsregimer, og dermed også bliver ekskluderende både af eksempelvis emner eller temaer, men også af subjekter som af og i diskursen kan stemples som anderledes og afvigende (Åkerstrøm 1999: 32).

I undervisningen kan der trækkes på flere diskurser; eksempelvis sundheds-, medicinske- eller politiske diskurser. Diskurserne bliver mulighedsskabende for særlige positioner – både for underviserne og for de studerende. Der vil derfor ikke være et uendeligt antal positioner til rådighed indenfor den konkrete diskurs. Subjekter og objekter (herunder os selv som subjekter) skabes af og gennem diskurserne (Jørgensen & Phillips 1999). Når diskurser skal afdækkes, er opgaven at finde ud af, hvad der er muligt at sige og hvilke normer, der findes indenfor diskursen (Ibid: 22). Det bliver dermed ikke forskerens opgave at sige noget om 'essensen i udsagnet', men netop at vise, hvordan udsagnene træder frem gennem særlige regelbundne praksisser (Mik-Meyer & Villadsen 2007).

Diskursiv praksis forklares af Davies og Harré (Davies & Harré 1990) som *"alle de måder, hvorpå mennesker aktivt producerer sociale og psykologiske virkeligheder"* (Ibid: 45). Her forstås diskurser som institutionaliseret brug af sprog og anskues som en samfundsmæssig proces, hvor betydninger løbende og dynamisk bliver til. Vi har kun mulighed for at vide noget om og udtrykke os om fænomener, der er muliggjorte indenfor diskursen (Ibid: 45-46). Ifølge Foucault er magt og viden tæt forbundne, og han definerer viden som *"det, hvorman man kan tale i en diskursiv praksis"* (Stormhøj 2006: 56). Magt og viden bliver derved gensidigt betingende, idet magten finder støtte i den viden, der er legitim i den diskursive praksis. Den diskursive praksis' formationsregler udstikker muligheder for hvilke objekter, der kan tales om gennem de

tilgængelige positioner, der etableres i den praksis (Mik-Meyer & Villadsen 2007, Stormhøj 2006).

Magten bliver, iflg. Foucault, både total, sådan som det blandt andet udtrykkes gennem institutioner (skoler, sundhedsprogrammer o.l.), men magten fungerer også på det individuelle niveau (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Magt, i moderne forstand, interesserer sig i for at påvirke frie individer til at opfatte sig selv og til at handle på særlige måder (Ibid).

Diskursbegrebet kan siges at udgøre en matrix, hvorigennem hele den empiriske tilgang og de analysestrategiske greb er funderet. Diskursbegrebet informerer min tilgang både til de dokumenter, jeg har læst (eksempelvis uddannelsesbekendtgørelsen, sundhedspolitiske dokumenter, modulplaner og litteraturvalg), til de praksisser jeg får øje på gennem min deltagelse i undervisningen og i de individuelle samtaler, jeg har med de studerende.

3.3.2 Forhandling og positionering

Dette afsnit vil vise, hvordan jeg ved hjælp af teoretiske værktøjer hentet i Bruners social-konstruktivistiske¹⁰ læringsforståelse om forhandling i klasserummet samt dele af positioneringsteorien, får et begrebsapparat, der kan åbne for mulige forståelser af forhandlinger og konstruktioner i undervisningen.

Gennem min deltagelse i det empiriske felt 'klasserummet', fik jeg et blik ind i den sociale praksis, der virker her, og jeg vil gennem afsnittet vise, hvordan de teoretiske begreber har informeret min tilgang til empirikonstruktionen.

Klasserummet som forhandlende social praksis

Jeg har valgt at inddrage Bruner, fordi han tilbyder en teoretisk vinkel på læring og uddannelse, der åbner for at forståelser af, hvordan aktiviteter som diskussioner og meningsudvekslinger i klasserummet kan ses som 'læring' om sundhed og sundhedsfremme.

¹⁰ Iflg. Esmark et al. (2005b) skal socialkonstruktivisme og poststrukturalisme anses for to selvstændige traditioner, til trods for en tendens til at anse poststrukturalisme som en del af socialkonstruktivismen. Sidstnævnte har det sociale og de sociale konventioner som analysegenstand, hvoraf sproget blot er en del af det og et "*underbegreb til interaktion, handling osv.*" (Ibid: 20). Andre sociale konventioner kan være viden, kultur, traditioner o.a. og analysetemaer kan være narrativitet og metaforanalyse (Ibid).

Bruner arbejder erklæret med en socialkonstruktivistisk optik og med blik for forhandling af mening i læringsrummet. Hermed forstår han virkeligheden som konstrueret, som et produkt af betydningsdannelser skabt gennem de værktøjer kulturen stiller til rådighed og formålet med uddannelse er at gøre de unge i stand til at bruge kulturens værktøjer (Bruner 1998: 70). Uddannelseskontekster er materialisering af kultur og bliver derved ikke blot kulturforberedende, men **er** repræsentation af kultur. Bruner anfører, at uddannelsens funktion må være at udstyre de unge med værktøjer, der gør dem i stand til at overskride deres mentalt iboende grænser, hvorved deres evne til virkelighedskonstruktion og betydningstolkning vil forbedres (Ibid: 69). Uddannelser spiller også en vigtig rolle *"når det gælder om at hjælpe de unge med at konstruere og opretholde et begreb om selvet"* (Ibid: 64). Bruner opererer med en forståelse af selvet som værende distribueret og konstrueret, som han selv formulerer: *"For at få en **almen** idé om et bestemt "Selv" i praksis må vi udtage prøver af dets brug i en mangfoldighed af kontekster, kulturelt specificerbare kontekster"* (Bruner 1999: 110).

Bruner indtager, i tråd med ovenstående, et perspektiv på viden, som værende konstrueret og skabt gennem fortolkning. Han taler om, at viden er *"tilpasset og 'skåret til' efter lejligheden". At komme til at vide noget i denne forstand er både **situeret** [...] og **distribueret*** (Ibid: 100).

Videnskonstruktionen er et produkt af betydningsskabelse og konstrueres altid fra et perspektiv og med en intention (Aukrust 1998, i Bruner 1998: 10). Retfærdigvis skal det nævnes, at Bruner afskriver en betragtning om, at AL viden afhænger af perspektivet (Bruner 1998: 186), men det forbliver uklart, hvornår og hvilken viden der kan anses for kontekst- og perspektivafhængigt. Når vi forhandler betydninger, er det vigtigt at inddrage perspektivers, diskursers og kontekstuelle forholds virkning i formning af processen (Bruner 1998: 184). Bruners pointer er, at fortolkningen af udsagn altid er formet af iagttagelsesperspektivet, ligesom diskursen er afhængig af forholdet mellem spørger og svarer. Sidst, at diskurser eller udsagn altid er afhængig af den kontekst, de frembringes i.

Bruner hævder, at læring sker gennem forhandlinger i fællesskabets intersubjektive rum, hvor deltagerne – i dette tilfælde lærer og studerende – skaber og forhandler betydninger (Ibid: 149). Læring understøttes ved, at eleverne (her: de studerende) hjælpes til at samarbejde i støttende fællesskaber (Ibid: 142). Bruner anfører endvidere, at læring er deltagelse *'i en slags kulturel geografi, som støtter og former, hvad det [barnet] (her den lærende) foretager sig og uden hvilken der [...] **ikke** ville blive 'lært'* (Bruner 1999: 101).

Betydningsdannelse er netop, hvad jeg ønsker at opnå forståelser af, og Bruners tanker om læring i et forhandlende fællesskab åbner for forståelser for, hvordan de studerende skaber

mening i begreberne sundhed og sundhedsfremme gennem fortællinger og forhandlinger i den sociale praksis i klasserummet.

Positionering i den sociale praksis

I forlængelse af mine betragtninger om relationer mellem diskurser, magt og viden jf. s. 12, anser jeg det for nødvendigt at trække på forståelser af, hvordan forhandlinger skabes ikke blot i det intersubjektive rum, men også gennem deltagernes positioner i relation til hinanden. En sådan forståelse kan jeg opnå ved at inddrage positioneringsteoriens begreber om subjekt-positioner i den sociale praksis.

Overordnet handler positioneringsteorien om, hvordan der i den diskursive praksis produceres positioner, hvorigennem subjekter opnår mulighed for at konstituere og konstitueres. I Davies & Harré's (1990) fremskrivning af teorien, har de fokus på gensidigheden mellem diskurs, subjekt, individ og samfund. Der tages afsæt i den poststrukturalistiske tænkning, hvori sproget ikke anses som havende en betydning i sig selv, men det er gennem sprogets anvendelse, betydninger konstrueres (Ibid). Teoretisk introducerer Davies & Harré med positioneringsbegrebet en forståelse af samtale, som mere end blot det talte ord, men derimod som et struktureret sæt af 'talehandlinger', der indbefatter det at tale *og* det at gøre. Derved udfoldes begrebet 'konversation' til at gribe om deltagernes fælles bestræbelse på at gøre egne og andres handlinger socialt determinerende (Ibid: 45). Denne åbning for forståelser af, at mening tilskrives gennem andet og mere end sprog, har Butler videreudviklet med sine begreber om performativitet og social genkendelighed, der fører frem til forståelser af subjektivering som andet og mere end sprog. Dette aspekt udfoldes yderligere i afsnittet om subjektivering (afsnit 3.3.3).

Positioneringsbegrebet åbner muligheden for at sætte fokus på, hvordan diskursive praksisser konstituerer 'talere' og 'lyttere' på særlige måde. Samtidig giver det et teoretisk grundlag for at rette blikket mod, hvordan 'der tilbydes positioner', og hvordan positioner 'stilles til rådighed'.

Forhandlinger og positionering som informerende for observationer i feltet

Empirisk har jeg ladet mig informere af Bruners læringsforståelser og positioneringsteoriens begreber om subjektpositioner gennem min deltagelse i den teoretiske del af undervisningen.

Her oplevede jeg undervisningen, som den tog sig ud med forskellige undervisere på tre af uddannelsens moduler.

I tilgangen til det empiriske felt 'klasserummet' og i udarbejdelsen af en observationsguide (Bilag 1), lod jeg mig inspirere af Järvinen & Mik-Meyer (2005). De fokuserer på betydningen af at skærpe blikket både for, hvordan der interageres, men også for hvordan den sociale kontekst får betydning for interaktionen. Ligeledes åbner de for fokusering på sociale identiteters konstruktioner gennem de positioner, der skabes. Positioner skal her forstås som ressourcer, der skaber sociale identiteter, som er foranderlige og dynamiske (Ibid: 103). Konkret betød det, at jeg i min empiriproduktion gennem deltagelse i klasserummet lagde fokus på både diskursive konstruktioner, men også på den sociale praksis. Jeg noterede 'hvad der blev talt' om i klasserummet, 'hvordan der blev talt om det', 'hvem der talte', 'hvem der svarede' og 'hvad der blev svaret', men også hvilke andre aktiviteter, der evt. foregik i rummet. Med mit fokus på hvordan begreberne sundhed og sundhedsfremme forhandles, koncentrerede jeg mig særligt om situationer, hvor sundhed, sygdom, sundhedsfremme, forebyggelse og lignende var på dagsordenen. Min deltagelse var aftalt med underviserne på forhånd, og de inviterede til, at jeg introducerede mig selv og mit interesseområde. Jeg placerede mig blandt de studerende, og herfra noterede jeg i stikordsform kortere eller længere sekvenser fra undervisningen samt egne umiddelbare tanker. Min fysiske position gav mulighed for et fokus på den sociale praksis i klasserummet, ligesom det betød, at jeg deltog i alle de gruppeopgaver og -diskussioner, der opstod i undervisningen. Når dagen var omme, læste jeg mine noter igennem og lavede derefter længere beskrivelser af oplevelser, jeg opfattede som særligt interessante i forhold til min problemstilling. Denne tilgang er inspireret af Ambrosius Madsens begreb 'observationsbilleder' (Madsen 2003). Hun beskriver de såkaldte 'billeder' som "rene eller rå data" (Ibid: 48), i den forståelse at det er data, der tilskrives betydning i analyse og fortolkning, som er konstrueret af forskeren. Jeg mener ikke, at mine beskrivelser helt fortjener betegnelsen 'observationsbilleder'. De er blevet til ud fra noter, jeg har produceret og ud fra de erindringer, jeg kunne fremstille efter endt undervisning. Jeg har derfor valgt at operere med begrebet feltnoter (FN), som de oprindeligt nedfældede noter og beskrivelser udarbejdet heraf (FNB).

Det empiriske materiale, som det er konstrueret i min deltagelse i klasserummet, indgår væsentligt i analyserne, hvor jeg vil vise, hvordan der i klasserummet er positioner, der 'indtages', men også kan afvises. Ifølge Harré og Langenhove (1999) konstrueres positioner gennem forhandlinger i den diskursive praksis, hvor også immanente ulige magtrelationer ofte er et vilkår. Det betyder, at én position som udgangspunkt kan have mere ret til at definere mening end andre (Ibid: 1). I klasserummet betyder det, som nævnt, at positionen 'underviser' immanent besidder

større ret til at definere begreberne 'sundhed' og 'sundhedsfremme' end positionen 'studerende'. Underviseren positioneres og positionerer sig naturligvis også gennem andre forskellige sociale praksisser, han deltager i; gennem sit kollegiale forhold til andre, gennem sin underkastelse ift. curriculum, gennem sin ansættelse som underordnet ift. lederen. Underviseren kan dermed ikke frit vælge, hvilke diskurser, det bliver muligt at stille til rådighed i undervisningen, men har dog en hvis råderet over hvilke tilgængelige positioner, der skabes i klasserummet.

3.3.3 Subjektivisering

Positioneringsteorien tilbyder, som det fremgår af foregående afsnit, forståelser af, hvordan sociale praksisser (herunder klasserummet) producerer tilgængelige positioner. Når et individ indtager eller tager en position på sig, sker det, i denne teoretiske ramme, gennem en subjektiviseringsproces.

Subjektivisering kan – med en vis omskrivning – siges at være et andet og poststrukturalistisk ord for 'identitet', og så alligevel ikke. Når jeg afskriver brugen af begrebet identitet, er det fordi det antyder, at individet har en kerne af noget uforanderligt, noget man er født med, en essens. I modsætning til en sådan forståelse, tilbyder subjektiviseringsbegrebet en dynamisk forståelse af individer, som noget der kontinuerligt 'bliver til' gennem de diskurser, de konstitueres i og af i den sociale praksis.

Subjektivisering indebærer en dobbelt bevægelse, hvor individet så at sige objektiveres for derigennem at subjektiveres gennem underkastelse/indskrivning i diskurserne i den diskursive praksis. Gennem en underkastelse og subjektivisering rekonstitueres diskurserne og hvorved subjektet selv bliver formende for den sociale praksis og dermed for subjektiviseringsressourcerne (Davies 2006). Foucault indskriver i subjektiviseringsforståelsen en allestedsnærværende magt, som ikke skal forstås som repressiv, men netop som produktiv, idet den søger at stimulere særlige evner, hvorigennem individer bliver til og gør sig selv til særlige subjekter (Mik-Meyer & Villadsen 2007: 17). Underkastelse bliver derved samtidig en mestring med iboende forandringsmuligheder, da diskurser ikke replikeres fuldstændig, men ændres og formes gennem subjektiveringen (Davies 2006). Samtidig er det ikke muligt at 'blive til' på hvilken som helst måde, hvis man skal genkendes som subjekt.

Subjektiviseringsbegrebet, som det anskues i positioneringsteorien, indebærer at subjektet selv er med til at forhandle mulige positioner i den sociale praksis. Alt efter hvilke positioner, der muliggøres bliver "hvem man er" er et åbent spørgsmål med varierende muligheder for svar

(Davies & Harré 1990: 46). Med andre ord forstås subjektet altså som dynamisk og foranderligt, konstrueret af de positioner, der bringes til rådighed i den diskursive praksis (Ibid: 52).

Ifølge Davies & Harré oplever subjektet ofte sig selv som modsætningsfyldt. At forstå modsætningsfyldte positioner som noget, der skal afhjælpes, bunder i en kulturelt betinget forståelse af, hvilke mulige måder, man kan 'gøre menneske' på (Davies & Harré 1990: 47). At flere – også modstridende – positioner kan indtages samtidig er en betragtning, vi også finder hos Søndergaard (2003). Hun anfører, at mennesker subjektiveres gennem modsætningsfyldte diskurser, der konsituterer, citeres, kombineres og muliggør vilkår både for egen, men også andre deltagers subjektiveringer (Ibid: 35).

I den positioneringsteoretiske ramme tales om, at et individ, gennem selvbiografisk materiale, 'positionerer sig selv' og derved er med til at skabe særlige fortællinger. Disse fortællinger tilvejebringer særlige subjektpositioner. Implikationen heraf er, at individer selv er 'med til' at forhandle positioner, hvilket bidrager til den dynamiske og forandringsmulige forståelse af subjektet, men samtidig også til en forståelse af, at individet selv spiller en aktiv rolle for hvilke subjektiveringstilbud der tages op.

I Butlers fremskrivning og videreudvikling af subjektiveringsbegrebet forstås subjektet, i lighed med Davies og Harré, som konstitueret af andet og mere end tale. Butler indfører begrebet performativitet, som handler om nødvendigheden af at 'performe' genkendeligt subjekt. Social genkendelighed indebærer, at vi skal genkendes som 'forståelige' individer for 'at blive til' som subjekter, hvorved individet opnår en oplevelse af at være 'normal'. Med disse begreber åbnes en teoretisk forståelse af, hvordan de studerende performer social genkendelighed gennem særlig sundhedsadfærd og sunde omgangsformer, sådan som vi skal se det gennem analyserne. Det er ikke ligegyldigt, om man lader sig subjektivere som sundhedsstuderende på RUC eller på en af de professionshøjskoler, jeg har besøgt. De institutionelle rammer har betydning for mulighederne – på professionshøjskolerne kan man subjektiveres som 'veltrænet' ved at løbe op ad trapperne og 'doven' ved at tage elevatoren. Den type af adskillelsespraksisser¹¹, er ikke mulige for studerende på RUC, hvor andre diskursive normer hersker. Professionshøjskolerne har kantiner, der serverer meget grønt og grundlæggende sund mad og hvor slikautomaten (som trods alt findes) er gemt væk og er kun synlig ved fredagsarrangementet. Det er altså muligt at positionere sig som værende 'veltrænet' og 'sund' gennem praktiseringer af særlige mad- og

¹¹ Adskillelsespraksisser – 'dividing practices': Et begreb udviklet af Foucault, som selv formulerer det således: *"The subject is either divided inside himself or divided from others. This process objectivizes him. Examples are the mad and the sane, the sick and the healthy, the criminals or the 'good boys'"* (Foucault 2003: 126)

bevægelsesvaner i institutionen. Der hersker også egne logikker på studiet, hvor særlig viden om sundhed normsætter og fremmer særlige magtfulde og attråværdige positioner gennem kontinuerlig indskrivning i KRAM¹²-diskursen.

Butlers subjektiveringsforståelser er benyttet i pædagogiske sammenhæng af bl.a. Davies (2006) og Søndergaard (2003), og har været medkonstruerende både i min tilgang til observationer i klasserummet, men også til de interviews, jeg foretog.

Subjektivering og positionering som informerende for interviews

Sidstnævnte udgør en stor del af den konstruerede empiri i form af samtaler med fire studerende i perioden efter min deltagelse i undervisningen. Her havde jeg præsenteret mit ønske om at interviewe og opfordret interesserede til at give mig deres mailadresser. Samtalerne blev lydoptaget, og senere transskriberet til tekst, hvilket har gjort det mere overskueligt under anlæggelsen af analysestrategien, som jeg vil beskrive i afsnit 3.4. I planlægningen af de fire interviews var jeg meget optaget af at anlægge en tilgang, som åbnede for de studerendes forståelser og betydningstilskrivelser. Dels af begreberne sundhed og sundhedsfremme, men også for deres fortællinger om, hvordan begreberne udfolder sig for dem i deres eget liv både i og udenfor studiet. For at understøtte interviewprocessen valgte jeg at anlægge en åben tilgang med en overordnet skitsering af spørgsmål (Bilag 2). Denne måde at konstruere interviewguide på, hentede jeg inspiration til hos Staunæs og Søndergaard (Staunæs & Søndergaard 2005). De understreger netop den præmis, jeg arbejder på, hvor forskeren ikke er et neutralt vidne, men er medproducerende i empirien. De anfører, at tilblivelsesprocesser (her: subjektiveringsprocesser) er meget komplekse, og at det skal tilstræbes at skabe en udforskende samtale, hvor den interviewede person kan udfolde sine erfaringer og 'virkelighed': "*Derved søges den interviewede positioneret som et subjekt med mulighed for at reflektere over og i interviewet [..]*" (Staunæs & Søndergaard 2005: 57). Min interviewguide endte derfor med at indeholde en række forslag til indgangsspørgsmål som skulle tjene til at åbne for fortællinger.

3.4 Tilgang til feltet og empiriens kvalitet

For at kunne besvare min problemformulering valgte jeg at producere viden om feltet gennem konstruktion af empirisk materiale, og i dette afsnit vil jeg uddybe mine overvejelser omkring

¹² KRAM: Kost, Rygning, Alkohol, Motion (se s. 27)

netop denne måde at konstruere empirisk materiale, samt vise hvordan jeg tilrettelagde min undersøgelse.

Den konkrete empiri bliver betydende og medbetingende for konklusionerne og for at sikre kvaliteten heraf, valgte jeg en triangulering af flere kvalitative tilgange (Brinkmann et al 2010). Det betød konkret, at jeg gennemlæste en del politiske, uddannelsesmæssige og sundhedsfaglige dokumenter, hvorefter jeg deltog i undervisningssituationer og slutteligt gennemførte interviews med de studerende. Gennem analysekapitlerne har jeg benyttet forskellige greb, der tjener det formål at anonymisere deltagerne i så høj grad som muligt.

Med afsæt i diskursbegrebet indledte jeg min undersøgelse med at orientere mig i diverse sundheds- og uddannelsespolitiske dokumenter om sundhedsfremme samt litteratur om sundhedsfremme i professionernes praksis- og uddannelsesfelt. Det er dette materiale, der ligger til grund for min fremskrivning af læringsrummets situering i kapitel 4.

Herefter henvendte jeg mig personligt på de pågældende professionshøjskoler og traf aftaler om at deltage i undervisningen. Jeg deltog i alt syv dage, på tre forskellige hold over en periode på ca. seks måneder og mødte undervejs seks forskellige undervisere. Jeg fik lejlighed til en del uformelle samtaler med underviserne, samtaler som ikke er inddraget i analyserne, da det ikke var en del af den aftale, vi indgik på forhånd. Ikke desto mindre var det uundgåeligt, at jeg bragte disse perspektiver med mig i den videre empirikonstruktion. Samtalerne åbnede for forståelser af, hvordan det opleves at være i en ansættelse, hvor konstant forandring af curriculum og konkrete arbejdsbetingelser er en del af præmisserne. I min tilgang til empirikonstruktionen fik det ikke nogen praktisk betydning, idet jeg fastholdt den planlagte struktur, som fremgår af observationsguiden¹³.

Jeg valgte at lave observationer over mange dage med mange forskellige undervisere for at opnå så bred en tilgang til min vidensproduktion som muligt. Dette gav mig adgang til mange mulige læringstilgange til undervisning i sundhedsfremme, sikrede stor variation i materialet og gav indsigt i flere perspektiver på det sundhedsfremmende arbejde i uddannelseskonteksten.

Da ikke alt er verbaliseret, havde jeg også et ønske om at kigge på praktiseringer, med andre ord; at opnå viden og indsigt i, hvordan det at uddanne sig til et fremtidigt arbejde med sundhed og sundhedsfremme kunne have betydning for, hvordan de studerende 'gør' sundhed. Da undervisningen er rammesat på bestemte måder, spurgte jeg i interviewene derfor til de studerendes fortællinger, egne oplevelser og hvordan udformningen af uddannelsen påvirker dem. I specialet

¹³ Se bilag 1

indgår fire studerendes fortællinger, som fremkommer gennem ca. en times samtale¹⁴, hvor jeg netop spørger til oplevelser og fortællinger – både i forhold til uddannelsen, men også i forhold til det liv, de lever med venner og familie. De interviewede har forskellige forudsætninger for deltagelse i uddannelsen, da to af dem er i slutningen af tyverne og har arbejdet med noget helt andet, inden de påbegyndte studiet, medens de to andre er noget yngre med en ganske kort erhvervserfaring bag sig. Denne variation er med til at nuancere billedet af, hvordan det opleves at være fysioterapeutstuderende og hvordan det får betydning for de studerendes orientering mod det fremtidige arbejde.

Præsentation af de studerende

I analyserne møder vi Jens, som har arbejdet som pædagogmedhjælper og oprindeligt ville have studeret psykologi. Vi skal også høre Tina, som efter gymnasiet startede med at læse statskundskab, men hurtigt fandt ud af, at det ikke var noget for hende og efter mange overvejelser fandt ud af, at hun ville uddanne sig til fysioterapeut, ligesom sin mor. Thomas har de sidste par år haft pause mellem gymnasiet og fysioterapeutstudiet, men har gennem flere år været sikker på, at dette var den rigtige uddannelse for ham. Slutteligt møder vi Peter, der tidligere har haft en karriere som befalingsmand i militæret, men i mange år har vidst, at han ville uddanne sig til fysioterapeut.

3.4 Analysestrategi

Den konstruerede empiri var ganske omfangsrig, og hvordan jeg er gået til arbejdet med at gøre empirien håndterbar og anlæggelsen af den egentlige analysestrategi, vil jeg i det følgende gøre rede for.

Man kan med Esmark et al.'s (2005a) argumentationer hævde, at analysestrategien allerede er anlagt gennem den poststrukturalistiske ramme og mit valg af teoretisk perspektiv, idet det former og konditionerer et bestemt blik på feltet. Gennem valget af netop de teoretisk greb, anlægges implicit iagttagelsesbærende begreber, og dermed også et særligt iagttagelsesperspektiv, hvorfra særlige forståelser af undervisningen, begrebskonstruktionerne og de studerendes arbejde på selvforholdet kan erkendes.

¹⁴ Se bilag 2

For at tydeliggøre, hvordan den konkrete proces udfoldede sig, vil jeg i det følgende vise, hvordan jeg – hjulpet på vej af min problemformulering, de opstillede arbejdsspørgsmål og de valgte teoretiske begrebers muligheder – gik til analyserne af det empiriske materiale.

Det empiriske materiale blev transformeret til tekst gennem en renskrivning af stort set alle feltnoter og de heraf producerede situationsbeskrivelser samt transskription af de fire interviews. Resultatet heraf var ca. 100 siders empiri på tekstform, hvilket efterlod mig med en oplevelse af at skulle i gang med en uoverskuelig opgave. Jeg gik derfor i gang med at genlæse og lytte empirien igennem et par gange.

Den egentlige strategiske tilgang indledtes med, at jeg, forført af mit oprindelige projekt om at 'finde ud af, hvordan sundhedsfremme konstrueres på fysioterapeutuddannelsen', gik i gang med at læse materialet igennem med henblik på tematiseringer om 'sundhed' og 'sundhedsfremme'. Det blev dog hurtigt klart, at dette analytiske greb ikke kunne anvendes, idet det indfangede næsten halvdelen af teksten. I stedet forsøgte jeg ved gentagne gennemlæsninger at få blik for, hvordan det empiriske materiale kunne informere en mulig analytisk tilgang. I denne proces fandt jeg, at nedslaget i klasserummet som empirisk felt, var velegnet som udgangspunkt for analysen, idet det netop var her den diskursive praksis i læringsrummet stod klarest. Her optrådte mange, til tider modsatrettede, sundhedsdiskurser, og i diskussionerne optrådte forskellige begrebsforståelser af sundhed og sundhedsfremme, som netop blev mulige qua undervisere og studerendes deltagelse i forhandlingerne. Jeg anlagde derfor en læsning efter forhandlinger, meningsudvekslinger, inddragelse og deltagelse. Herved fik jeg blik for, hvordan de studerende igennem klasserummet subjektiveres som mere eller mindre magtfulde i betydningstilskrivningerne. Det var derfor nærliggende efterfølgende at læse efter subjektiveringens muligheder og subjektiveringens ressourcer. Derfor tog jeg fat på at læse materialet igennem efter de studerendes egne fortællinger om sig selv i forhold til det sundhedsfremmende arbejde, samt hvordan det at studere sundhed indebar forandrende og indgribende effekter i deres liv, både i og udenfor studiet

Slutteligt udarbejde jeg en liste over, hvilke ord jeg havde mødt gennem mine første gennemlæsninger af empirien, som kunne siges at blive anvendt som synonyme eller indforståede betydninger af sundhedsfremme. Så læste jeg atter materialet igennem, i lighed med den indledende proces, men denne gang mere fokuseret efter situationer, der kunne siges at være kendetegnende for, eller modsat adskilte sig fra, hvordan diskurser og konstruktioner ellers trådte frem i materialet.

Gennem hele analyseprocessen var jeg optaget af det allestedsnærværende teoretiske og analytiske diskursbegreb, og her hentede jeg inspiration hos Willig (2010), som introducerer en systematisk tilgang til en foucauldiansk diskursanalyse. Jeg startede derfor med at notere, hvor der implicit og explicit blev refereret til det fokus, der var aktuelt i den særlige del af analysen; forhandlinger & deltagelse, subjektiveringer og sundhed & sundhedsfremme. Dernæst hvilke diskursive konstruktioner der benyttes herom, for derefter at undersøge hvilke subjektpositioner, der blev stillet til rådighed.

I min analyse af, hvordan forhandlinger og deltagelse udspiller sig, var jeg særligt optaget af, hvordan der i den sociale praksis opstod mulighed for, at netop disse positioner opstod, hvem der indtog dem, om de blev konstitueret eller afskrevet i sammenhængen.

Med min interesse for de studerendes subjektiveringsprocesser blev det i den del af analysen særligt vigtigt at understrege de studerendes diskursive konstruktioner af sundhed og arbejdet med at fremme andres sundhed samt de positioner, der gennem konstruktionerne blev åbnet for. Både set i relation til deres egne subjektiveringer og i forhold til andre menneskers mulige subjektpositioner.

Gennem sidste del af analysen havde jeg fokus på, hvordan sundhedsfremme konstrueres i læringsrummet. Her blev sammenhængene mellem det indledende fokus på læringsrummets situering og de direkte mærkbare effekter i uddannelseskonteksten tydelige, hvilket vil fremgå af netop det sidste analysekapitel – kapitel 7.

Kapitel 4 – Situering af læringsrummet

Dette speciale har som sigte at undersøge, hvordan fysioterapeutstuderende får mulighed for at orientere sig mod det fremtidige sundhedsfremmende arbejde. Centralt for denne problemstilling er hvilke betingelser, der er til stede i klasserummet, når begrebet 'sundhedsfremme' konstrueres samt hvilke betydninger deltagelse i uddannelsen får for de studerendes subjektiveringsprocesser mod det at blive sundhedsprofessionel. Inden jeg går over til at undersøge disse problematikker, er det nødvendigt at se nærmere på de forhold, der er medkonstituerende for læringsrummet og for konstruktioner af begreberne 'sundhed' og 'sundhedsfremme'. Kapitlet kan siges at give et metaperspektiv på nogle af de faktorer, der virker ind på læringsrummet, og hvordan de er med til at disciplinere undervisningen og de studerendes subjektiveringsprocesser på særlige måder. I det følgende beskrives centrale nedslag i felter, som jeg anser for at være medvirkende. Formålet er at give en grundig og kvalificerende fremskrivning af den kontekst fysioterapeutuddannelsen er indlejret i, herunder at vise, hvordan konstituerende og ofte modsatrettede diskurser præger feltet.

4.1 WHO's sundhedsfremmebegreb og tiden efter Ottawa

Sundhedsfremmebegrebet, som det ofte anvendes i dag, blev for alvor vakt til live i forbindelse med, at WHO¹⁵ i 1986 afholdt konference i Ottawa¹⁶ med 'Sundhedsfremme' som overskrift. Dette afsnit vil give et overordnet indblik i den forståelse af begrebet, der blev resultatet af konferencen samt af de følgende års drøftelser, bl.a. om teorigrundlaget og udfordringerne, når sundhedsfremme skal omsættes til praksis

I Ottawakonferencens endelige charter blev sundhedsfremme skrevet frem "*som den proces, der gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende [..]*" (WHO 1986). Her refereres indirekte til WHO's sundhedsdefinition fra 1948, hvor sundhed "*er en tilstand af fuldstændigt fysisk, psykisk og socialt velbefindende*" (WHO 1948), og som kan siges at bryde med en medicinsk forståelse af sundhed som værende det samme som fravær af sygdom og lidelse (Otto 2009: 34). Sundhed blev i Ottawachartret beskrevet som grundlaget for det daglige liv og

¹⁵ WHO: World Health Organization (FN)

¹⁶ Ottawa: First International Conference on Health Promotion, Ottawa. Resulterede i Ottawa-charteret "Health for All by year 2000 and beyond" (<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>)

ikke som livets formål. Det blev tillige understreget, at det er et samfundsmæssigt ansvar at skabe vilkår, der giver mennesker mulighed for at have kontrol med egen sundhed, ligesom "sundhed skabes, hvor mennesker 'lærer, arbejder, leger og elsker'" (Green & Tones 2010: 19). Sundhedsfremme blev knyttet an til menneskers hverdags- og sociale liv, hvorved fokus på sundhedsforbedringer er rettet mod de ressourcer, der er indlejret i de 'settings', hvor mennesker lever deres liv (Kickbusch 1996).

Sundhedsfremme blev som sundhedsprofessionelt begreb i årene efter konferencen kritiseret for manglende teoretisk fundering. Antonovskys¹⁷ fremførte ved en konference i København i 1992, at begrebet oprindeligt havde bibragt feltet en radikalt anderledes måde at tænke sundhed på, men at det ikke var blevet fulgt op af egentlig forskning og teoriudvikling i feltet. Derved var sundhedsfremme som koncept i fare for at stagnere (Antonovsky 1996). Yderligere pointerede han, at det endnu ikke var lykkedes de professionelle at adressere det forhold, at sundhedsfremme er betinget af, at der skabes strukturelle betingelser, der eksempelvis sikrer mennesker adgang til sundhedsydelser og indkomster, der sikrer anstændige levevilkår (Ibid: 12). Indenfor international sundhedsfremmeforskning er der på linje hermed peget på, at en reorientering i det sundhedsfaglige felt er nødvendig (McQueen et al 2007, Wise et al 2007), og at sundhedsprofessionelle må udvikle en ny forståelse af deres rolle i varetagelsen af sundhedsfremmeopgaver (Potvin & McQueen 2007, Tones & Green 2010). Feltet kritiseres for fortsat at være præget af en stærk biomedicinsk¹⁸ diskurs, og det anføres, at de potentialer sundhedsfremmebegrebets inddragelse af sociokulturelle dimensioner repræsenterer, udfordrer de traditionelle forståelser om sundhedsfaglighed (Tones & Green 2010).

I tråd med Antonovskys kritik i 1992, anfører Pedersen et al. så sent som i 2012, at sundhedsfremme fortsat er et begreb, der savner en egentlig metateoretisk ramme, hvor blandt andet en begrebslig afklaring med mulighed for en kritisk tilgang til feltet kan udvikles (Pedersen et al 2012). Manglen på teorier om sundhedsfremme medfører et felt stærkt præget af praksis (Ibid), og som sådan åbent for forskellige fortolkninger og praktiseringer. Det bliver op til aktørerne i feltet at give indhold til begrebet og omsætte det til en praktisk handling i forhold til at arbejde med at fremme menneskers sundhed.

¹⁷ Aaron Antonovsky (1923-1994): Israelsk-amerikansk professor i medicinsk sociologi. Udvikledte teorien om 'Oplevelse af Sammenhæng' og ideen om salutogenese, hvor opmærksomheden vendes mod et sundheds- og ressourcerorienteret perspektiv - 'hvad holder folk raske', i modsætning til et patogenetisk perspektiv, der fokuserer på, hvad der gør folk syge (Jensen et al 2000: 5).

¹⁸ Biomedicinsk: En biomedicinsk forståelse opererer gennem en distinktion mellem krop og bevidsthed, der giver mulighed for at studere den menneskelige krop med objektive redskaber (Paarup 2004: 6)

I en dansk sammenhæng har Vallgård (2005) undersøgt, hvordan sundhedsfremme defineres af forskellige forfattere. Hun peger på, at der i feltet både er en forståelse af sundhedsfremme som mere eller mindre det samme som forebyggelse, medens andre ser det som helt forskelligt herfra. Sidstnævnte modstiller de to begreber, idet forebyggelse ses som noget, der orienterer sig mod sygdomsårsager, medens sundhedsfremme har iboende deltagelses- og inddragelsesdimensioner og har at gøre med sundhed i en bred forståelse. Overordnet er der dog enighed om, at de metoder, der benyttes i det sundhedsfremmende arbejde, inddrager den enkelte mere, og målet er, at den enkelte ændrer adfærd. Det er med andre ord ikke entydigt, hvad sundhedsfremme er, medens mål og metoder i en dansk sammenhæng overordnet peger mod ændring af livsstil gennem inddragelse og handling skabt af den enkelte (Ibid: 20).

Opsummering

Opsummerende har jeg vist, at sundhedsfremme fortsat – efter næsten tredive år – er et vidt begreb, der er udspændt mellem forebyggelses-, deltagelses- og inddragelsesdiskurser. Feltet er løbende blevet kritiseret for manglende teoriudvikling, fastholdelse af biomedicinske forståelser af sundhed og sygdom samt manglende inddragelse af viden om de strukturelle forholds betydning for menneskers sundhed. I en dansk sammenhæng ses divergerende forståelser af, hvad sundhedsfremme indebærer i en professionel sammenhæng, men enighed om, at målet er ændringer i den enkeltes sundhedsadfærd.

4.2 Sundhedsfremme i det sundhedspolitiske felt

Gennem de seneste årtier er sundhedsfremmebegrebet blevet indoptaget i danske sundhedspolitiske målsætninger. Hvordan det har udmøntet sig diskursivt i forskellige sundhedsprogrammer og i konkrete praktiseringer i de offentlige sundhedstilbud, vil fremgå i det følgende.

I Danmark er sundhedsfremme et begreb som det politiske felt har taget til sig og med strukturreformen i 2007 er det blevet en opgave, der primært er udlagt som kommunalt ansvarsområde. Kommunernes indsatser er udarbejdet under og i forlængelse af de seneste regeringers sundhedspolitikker (SST¹⁹ 1999, Regeringen 2002, 2009). Særligt sundhedsprogrammerne "Sund hele livet 2002-2010" (Regeringen 2002) og "Sundhedspakken" (Regeringen 2009) har været medvirkende til, hvordan en del af de nuværende sundhedsfremmestrategier er blevet udformet. I disse programmer blev fokus for de sundhedsfremmende aktiviteter, i vid udstrækning

¹⁹ SST: Sundhedsstyrelsen

rettet mod fysisk inaktivitet, alkohol, rygning og kost. Samtidig blev der også her lagt særligt vægt på den enkeltes ansvar for egen sundhed: *"Regeringen ønsker, at vi hver især tager ansvar for vores egen og vores nærmestes sundhed. Med ansvaret følger friheden til at træffe vores egne valg – under hensyn til andre"* (Regeringen 2009: 27). Der er med andre ord fokus på, hvad individet selv kan gøre for at efterleve den vejledning og rådgivning, der er resultatet af den anvendte tilgængelige viden.

Det Nationale Råd for Folkesundhed udgav i 2006, i forbindelse med kommunernes overtagelse af forebyggelses- og sundhedsfremmeområdet en pjece med gode råd (Det Nationale Råd for Folkesundhed 2006). Her anbefalede rådet, at kommunerne prioriterede de omtalte fire indsatsområder; **K**ost, **R**ygning, **A**lkohol og **M**otion (forkortet: KRAM) i de fremtidige kommunale sundhedsindsatser. Statens Institut for Folkesundhed udgav tillige KRAM-rapporten i 2009 (SFI 2009), hvor netop disse fire risikofaktorerers betydning for folkesundheden blev understreget. Kommunerne tog i høj grad budskabet til sig, og størstedelen af de borgerrettede sundhedsfremmetilbud på kommunernes sundhedscentre vedrører da også KRAM-faktorerne (KL 2010, Rod 2014).

Tilsammen har det stærke fokus på de fire faktorerers betydning for bestemte sygdomme sat en politisk ramme for det sundhedsfremmende arbejde i Danmark, hvilket til tider også har fået utilsigtede effekter; *"..det er nok ikke helt ved siden af at sige, at KRAM i høj grad fokuserer på det individuelle ansvar. Det er op til individet at tillægge sig en livsstil, der er hensigtsmæssig i sundhedsmæssig forstand på netop disse områder"* (SST 2009: 37). Sundhedsstyrelsen peger i den citerede rapport om etik i sundhedsfremme blandt andet på problemstillinger om menneskers ansvar for egen sundhed. I rapporten diskuteres netop det individuelle ansvar med henvisning til, at mennesker ikke kan holdes ansvarlige for deres sociale betingelser og genetik. I sidste ende kan det iflg. rapporten føre til stigmatisering af særlige grupper (Ibid: 25). Derudover anfægtes dette fokus på livsstilssygdomme for at favorisere medicinsk viden og dermed *"de medicinske professioners kraftige fokus på hårde, målbare data som dødelighed og gennemsnitlig levealder.. [..]"* (Ugebrevet Mandag Morgen 2006).

Opsummering

Den politiske ramme for de kommunale sundhedsfremmeindsatser lægger sig tæt op ad anbefalingerne i KRAM-rapporten, hvor viden om disse risikofaktorerers betydning for folkesundheden hentes i en biomedicinsk årsag-virknings model. Samtidig problematiseres KRAM-faktorernes store indflydelse på det sundhedsfremmende arbejde, idet de, gennem det individuelle ansvarsfokus, risikerer at stigmatisere grupper af mennesker.

4.3 Det sundheds- og fysioterapeutfaglige felt

Betingelserne for at praktisere sundhedsfremme er, som vist, indlejret i sundhedspolitiske målsætninger rettet mod KRAM-faktorerne. Derudover er de sundhedsprofessionelles arbejde med sundhedsfremme også spundet ind i et sundhedsfagligt felt, hvor der hersker interne hierarkier, særlige legitime vidensformer og særlige sundhedsforståelser. Dette vil jeg i det følgende anskueliggøre og i forlængelse heraf vise, hvordan sundhedsfremme kan forstås professionelt i det fysioterapeutiske monofaglige felt.

For at kunne udøve fagligt virke i Danmark er fysioterapeuter, i lighed med andre sundhedsprofessionelle, underlagt autorisationsloven, der stadfæster, hvem der har autorisation til at udføre hvilke behandlinger. Samtidig fungerer, på tværs af fagene i sundhedsfeltet, et hierarki, hvor lægen har magt til at stille diagnoser og ordinere behandling. Herved underordnes andre behandlere i feltet lægernes faglige position.

Indenfor feltet udkæmpes magtkampe i forhold til anerkendelse både internt, men også i samfundet. På trods af disse indbyrdes kampe mellem de sundhedsprofessionelle, fremstår feltet forholdsvist stabilt, hvad angår professionernes indbyrdes relative positioner (Larsen 2008). De såkaldte 'semi-professionelle', som sygeplejersker og fysioterapeuter er underordnet i feltet, trods deres bestræbelser på at "tage ved lære af de 'rigtige' professioner" (ibid: 295) for derigennem at manifestere sig. Måden, hvorpå der søges faglig anerkendelse, er blandt andet gennem skabelse af legitim viden, som i dette felt opnås gennem en naturvidenskabelig tilgang (Ibid). Fysioterapeutisk forskning er da også gennem de seneste 10 år øget markant, og begrebet evidens-baseret praksis er blevet et centralt begreb i faget (Lund et al 2010). Danske Fysioterapeuter²⁰ har udformet en officiel politik omkring fagets udvikling og fremfører "at implementering af evidensbaseret viden og adgang til ny viden er forudsætningen for at give fysioterapi-professionen legitimitet", "at evidensbaseret viden implementeres som baggrund for klinisk praksis" og "at fysioterapeuter er hovedaktører, når evidens for fysioterapi skal vurderes.." (2013). I det monofaglige felt hersker debat om, hvordan fysioterapeuter kan opnå ligeværdighed i forhold til diagnosticerings- og ordinationsret, hvilket følgende citat fra et debatoplæg illustrerer: "Fysioterapeutuddannelsen i Danmark bør ændres til at være en en-strengt akademisk

²⁰ Danske Fysioterapeuter: Fag- og interesseforening for fysioterapeuter i Danmark

kandidatuddannelse,[...], hvis man ønsker øget evidensbaseret terapi, øget selvstændig ordinationsret til behandling, og øget anseelse af faget fysioterapi” (Kjær 2010).

4.3.1 Sundhedsfremme i det fysioterapeutfaglige felt

Sundhedsfremme og forebyggelse er fagområder, der er tradition for fysioterapeuter at beskæftige sig med (Danske Fysioterapeuter 2006). De danske fysioterapeuters fagforening opererer med specialistbetegnelser, og i beskrivelsen af specialet ”Sundhedsfremme og forebyggelse” nævnes de to begreber konsekvent i sammenhæng, men det er usikkert, hvilke betydninger, det får for de professionelle handlinger at operere med to forskellige begreber.

Sundhedsfremme markerer iflg. beskrivelsen ”den proces, hvor sundheden stimuleres ved træning, aktivering, organisering og lignende positive foranstaltninger, der styrker sundheden hos individ, gruppe og samfund” (Ibid). Målene med forebyggelse- og sundhedsfremme er at medvirke til at styrke den faglige indsats overfor ”udviklingen af folkesygdomme som aldersdiabetes, hjertekarsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, psykiske lidelser og risikofaktorer som fx fysisk inaktivitet, svær overvægt og dårligt arbejdsmiljø” (Ibid) Samtidig med denne overvejende biomedicinske fremskrivning af målene med sundhedsfremme, anføres også ”at hensigten med forebyggelse og sundhedsfremme er at øge sundheden bredt forstået. Det vil sige at sundhed omfatter alle ressourcerne i individet og omgivelserne. Sundhed handler således om meget andet end at være rask... [..]” (Ibid)

Danske Fysioterapeuter lancerer hermed en mulighed for at specialisere sig indenfor sundhedsfremme og forebyggelse, hvor sundhedsfremme er en aktivitet, der skal stimulere sundhed forstået bredt, som ressourcer både individuelt og i omgivelserne. Samtidig knytter målene for det sundhedsfremmende arbejde an til en mere individorienteret biomedicinsk forståelse af risikofaktorer og livsstilssygdomme. Begrebsanvendelsen i en dansk sammenhæng er således i tråd med, hvad den internationale forskning også viser (se s. 3), nemlig at sundhedsfremme i det fysioterapeutiske felt er præget af hegemoniske kampe mellem en bred forståelse af sundhed og den mere snævre biomedicinske praktisering.

Opsummering

Sammenfattende ses – både i det sundhedsfaglige såvel som det monofaglige felt – at der opstilles idealer om en akademisering af uddannelsen, hvilket forventes at føre til en udvidelse af kompetenceområder samt øget anerkendelse og anseelse. Derudover ses det sundhedsfremmende arbejde i en fysioterapeutisk sammenhæng at være tæt knyttet til forebyggelse gennem træning og med et mål om at være evidensbaseret. Sundhedsfremme

handler i det monofaglige felt om at styrke sundheden i en bred forstand gennem adressering af risikofaktorer og livsstilsændringer.

4.4 Fysioterapeutuddannelsen i forandring – akademisering og læring

Selve fysioterapeutuddannelsen har været genstand for en del forandringer de seneste 10-15 år. I 2001 betød en reform af de mellemlange videregående uddannelser en ensretning af uddannelseslængde, en semesterstrukturering, et afsluttende bachelorprojekt og dermed erhvervelse af titlen 'Professionsbachelor' (UVM²¹ 2001). Samtidig blev undervisningens indhold nu opgjort i ECTS-point og målet blev, at uddannelserne skulle være professions- og vidensrettede samtidig med, at det faglige indhold skulle knyttes an til forskning i feltet (Ibid).

Den seneste ændring i fysioterapeutuddannelsen skete i 2008, med en sammenlægning af de daværende CVU'er²² til større enheder; de såkaldte professionshøjskoler. Dette med henblik på fælles retning iht. europæiske standarder og samtidig grundet i et ønske om større tværprofessionelle enheder. En ny national studieordning blev indført, hvilket medførte ensartethed i institutionernes håndtering af uddannelsen. Studieordningen medførte, at undervisningen blev modulbaseret, med i alt fjorten moduler.

Uddannelsen er siden 2001 i stigende grad blevet akademiseret, og evidensbaseret praksis er, som vist, et begreb, der har vundet stærkt indpas i fagfeltet. Et egentligt kandidatstudium i fysioterapi blev en realitet på Syddansk Universitet i 2011, ligesom det første professorat i fysioterapi så dagens lys i 2007 (Lund et al 2010).

Udviklingen mod en øget akademisering har gennem årene været genstand for debat indenfor fagfeltet, hvor det blandt andet er fremført, at "*tidligere fysioterapeutisk habitus som 'håndværker' med baggrund i 'kvindelige kvaliteter' (Wackerhausen 2002) forandres hen imod en akademisk habitus karakteriseret ved 'maskuline handlemåder' (Eriksen 1999).*" (Højvang 2005: 135). Højvang viser, hvordan undervisningen har forandret sig fra en 'mesterlæreformidling' med rekruttering af dygtige praktikere som undervisere, til i dag, hvor underviserne forventes at have en akademisk uddannelse og stadig skal opfylde kravet om at koble teori og praksis. Det medfører, at de studerende skal erhverve sig kontekstafhængige akademiske og evidens-

²¹ UVM: Undervisningsministeriet

²² CVU: Center for Videregående Uddannelser

baserede kvalifikationer, og det anføres, at man derigennem reducerer risikoen for ren 'reproduktion', som faren var tidligere (Ibid: 136). Allerede i reformudspillet i 2001 tillagde man undervisernes akademiske kompetencer stor betydning for om de studerende modtager udbytterig undervisning, hvilket var rationalet for at kræve akademisk uddannede lærerkræfter (UVM 2001).

4.4.1 Uddannelsen og det fremtidige sundhedsfremmende arbejde

Dette afsnit vil vise, hvordan der gennem de senere år er stillet ændrede krav til fysioterapeutuddannelsen omkring sundheds- og sundhedsfremmeforståelser, ligesom de studerende forventes fortløbende at arbejde på selvforholdet. Som det fremgår af de forrige afsnit, skal de fysioterapeutstuderende uddannes til at navigere i et komplekst praksisfelt med flere mulige forståelser af, hvad sundhedsfremme er. Det er den virkelighed, de studerende skal kunne se sig selv i efter endt uddannelse.

Allerede for 14 år siden rejste en række ledere af fysioterapeutuddannelserne i Australien og USA kravet om en ny retning for uddannelsen i forhold til det sundhedsfremmende indhold (Higgs et al 1999). De argumenterede for, at den medicinske model bør erstattes med en model, der anerkender, at menneskers muligheder for at påvirke egen sundhed er stærkt betinget af sociale og kulturelle faktorer. De anførte endvidere, at fremtidens sundhedsprofessionelle skal være kulturelt, socialt og politisk kompetente (ibid). Der skulle altså fremadrettet arbejdes på at inddrage andet og mere end biomedicinsk viden, ligesom de studerende skulle arbejde på selvforholdet med henblik på at udvikle nye og andre (?) kulturelle og sociale kompetencer.

I den danske uddannelsesbekendtgørelse til professionsuddannelsen til fysioterapeut, formuleres over-ordnet et mål om, at de studerende uddannes til at varetage sundhedsfremme (Retsinformation 2008: § 1 stk. 2). Indholdet i undervisningen retter sig mod: *"[...] fokus på det enkelte menneske, familien eller grupper af mennesker med forskellige livsopfattelser og livsvilkår. Der er ligeledes fokus på sociale, kulturelle og institutionelle faktorer betydning for sundhedsfremmende, sundhedsbevarende og forebyggende tiltag"* (Ibid: pkt. 4.5). Målet er, at *"Efter modulet kan den studerende [...] anvende sundhedspædagogiske principper og overvejelser til at planlægge og udføre en fysioterapeutisk intervention rettet mod enkelte patienter/-borgere eller grupper med fokus på sundhedsfremme og forebyggelse"* samt *"at motivere en given gruppe til ændret sundhedsadfærd, og herunder øget fysisk aktivitet"* (Ibid: pkt. 4.10). Bekendtgørelsen angiver gentagne gange, at der i sundheds- og forebyggelsesmodulet primært lægges fokus på at uddanne de studerende til at arbejde med sundhedsfremme gennem fysisk aktivitet og træning: *"Modulet er*

især rettet mod forebyggelse og sundhedsfremme primært via fysisk aktivitet og træning og de faktorer, der påvirker menneskets bevægekapaletet” (Ibid: pkt. 4.10).

De studerende skal samtidig også lære at *”..udvikle indsigt i egen forforståelse, egne reaktioner, samt egen kultur og bruger denne indsigt til at skabe en åben og fordomsfri professionel relation til patienten eller klienten”* samt *”..kompetencer til at handle etisk forsvarligt og velovervejet med respekt for menneskers værdier, kultur, livsanskuelser, livsbetingelser, tænkning, adfærd og reaktioner”* (Ibid: pkt. 2.3.5).

Diskrepansen mellem WHO’s idealer om sundhedsfremme og den konkrete udmøntning i sundhedspolitik, sådan som den ses i praksisfeltet, genfindes altså implicit i uddannelsens bekendtgørelse. Der skal arbejdes sundhedsfremmende, og det skal primært foregå via fysisk aktivitet, men med inddragelse af viden om menneskers forskellige livsvilkår, sociale betingelser og andre strukturerende forhold. Der skal også, som der allerede blev peget på i 1999, arbejdes på selvforholdet gennem udvikling af indsigt i egne reaktioner og forforståelser for derigennem at møde patienten med fordomsfrihed og professionalitet.

4.4.2 Læringstilgange og læreprocesser i uddannelsen

Jeg vil i det følgende udfolde, hvordan de ovennævnte læringsmål stiller underviserne og de studerende med en række udfordringer, der skal håndteres gennem uddannelsen, herunder gennem sammenhæng mellem teori og praksis og med inddragelse af de studerendes erfaringer²³ og refleksioner.

De studerendes læreprocesser på uddannelsen rettes, blandt meget andet, både mod konkret viden om krop, behandling og sygdomslære, mod divergerende sundhedsforståelser, men også mod forståelser og udvikling af selvet²⁴. I den internationale litteratur findes en del forskning, der er optaget af, hvordan professionalisering og læreprocesser tager sig ud på fysioterapeutstudiet (Lindquist et al 2004, Lindquist et al 2006, Richardson et al 2002, Delany et al 2009, Grace et al 2013). Disse undersøgelser har i overvejende grad haft de studerendes oplevelser i fokus, og her peges på, at de studerende vægter praksislæring højt, og at dette

²³ Erfaringer er et begreb, der ikke indfanges i en poststrukturalistisk ramme. Jeg anvender her ordet i en forståelse inspireret af Bruner, der anfører, at erfaringsdannelse tager afsæt i de handlinger, der tilskrives betydning. Erfaringer ordnes narrativt, uden hvilket det oplevede vil forblive kaotisk og ikke blive bevaret i erindringen. (Bruner 1999, Hansen 2005).

²⁴ Selvet: Jeg bruger begrebet her i den forståelse, man almindeligvis ville kalde ’identitet’ eller ’personlighed’. Jeg afholder mig fra disse benævnelser, da de konnoterer en essentialistisk forståelse, hvor mennesket har ’noget’, ’en kerne’, som er uforanderlig, hvilket er forskellig fra den anskuelse, jeg anlægger (jf. s. 20).

udfordrer underviserne til at inddrage varierende læringsmuligheder i klasserummet. De studerende udtrykker behov for at 'lære kropsligt', og det anføres, at professionalisering ikke alene læres i klasserummet, men må foregå gennem deltagelse og refleksion (Lindquist et al 2004, Grace et al 2013). Dette underbygges af professionsdidaktisk litteratur, der anfører vigtigheden af fokus på de studerendes læreprocesser som betinget af deltagelse, oplevelse og handling (Hiim et al 2005). Der peges på, at der fremadrettet hviler et stort ansvar hos underviserne for at udvikle pædagogiske tilgange, der i højere grad kan forberede de studerende på de usikre, komplekse og divergerende dimensioner, de vil møde i praksis (Grace et al 2011: 805).

I studieordningen er læringstilgangen skrevet frem som: *"Læreprocesser tilrettelægges med henblik på, at den studerende erhverver og udvikler selvstændighed, samarbejdsevne, evne til refleksion.. [..]. Uddannelsen tager udgangspunkt i en studentercentreret læringstanke med afsæt i den studerendes erfaringer og forforståelser. Der fordres en aktiv indstilling til læring fra den studerende, der skal være indstillet på at deltage, være engageret,....[.]"* (Studieordningen: 32-33). Der lægges altså netop op til en læringstilgang, der inddrager de studerendes erfaringer og som er deltagelsesorienteret, og det forventes ligeledes, at de studerende er indstillet herpå. Denne pædagogiske tænkning hænger sammen med, at uddannelserne ikke i samme grad som tidligere vægter pensum, men i højere grad kompetenceudvikling (Kjærgaard 2008).

Enkelte professionshøjskoler har taget det ændrede læringsyn til sig i form af et egentligt tillæg til den nationale studieordning, hvori institutionens pædagogiske grundsyn og retningslinjer i forhold til fysioterapeutuddannelsen fremgår (UCN 2011). Her beskrives, hvordan institutionen agter at imødekomme de formuleringer omkring de studerendes læreprocesser, som fremgår af den nationale studieordning. Et sådant tillæg findes ikke på de institutioner, der optræder i nærværende speciale, hvor intentionen er, at en egentlig pædagogisk kompetenceudvikling forventes at finde sted i forbindelse med lektorkvalificeringsforløbet (ref. samtale med en underviser).

Uddannelsen skal håndtere professionalisering hen imod et samspil mellem teori og praksis, en velkendt pædagogisk problemstilling (Johansen et al 2013). I professionsuddannelsen skal de studerende både oparbejde kontekstafhængig, teoretisk og akademisk viden samtidig med en udvikling af en fysioterapeutisk praksis forbundet med praktiske kundskaber, erfaringsopbygning og kontekstbestemte handlinger. Iflg. Johansen ses det, at de studerende i den proces udvikler en anvendelighedsdiskurs, hvor teorien skal informere og være handlingsvejledende for praksissituationen, hvorimod underviserne har fokus på at teorien skal være et værktøj til at analysere, forstå og forholde sig kritisk til praksis (Ibid: 4).

Undersøgelser har vist, at de studerende efterspørger bedre sammenhæng mellem teori og praksis (UFM²⁵ 2014). I praksisfeltet bekræftes dette behov, når ledere eksempelvis fortæller, hvordan de nyuddannede er velfunderet teoretisk, men har meget at lære i forhold til praksis og kommunikation med patienterne (Kjærgaard 2008, Guldager 2014). Eller når det at starte i arbejde efter endt uddannelse beskrives som 'reality-chok' mellem ideal og virkelighed (Guldager 2013).

Samtidig peger en undersøgelse på, at det ligger de studerende stærkt på sinde at opføre sig professionelt og se professionelle ud. De er dybt optaget af den forandring af selvet, det kræver, og af at udvikle strategier til udvikling af professionalisering. De studerende beretter om, hvordan deres læring særligt er styret mod udviklingen af en rolle som autoritet, hvor det at vide, hvad der er rigtigt og forkert, er et vægtigt aspekt i udviklingen af den professionelle rolle (Richardson et al 2002).

I det sundhedsfaglige uddannelsesfelt har danske undersøgelser vist, at en uddannelses sundhedsmæssige fokus får betydning for de lærendes subjektiveringer. Lehn-Christiansen (2011) viser i sin ph.d.-afhandling, hvordan sundhed praktiseres på SOSU-hjælper²⁶ uddannelsen. Sundhed bliver i uddannelsen blandt andet til et individuelt anliggende, og handler om at performe sundhed på egen krop. Elevernes egne kroppe bliver genstande for påvirkning, og en normativ forståelse af sundhed får betydning for elevernes muligheder for social inklusion eller modsat social marginalisering (Lehn-Christiansen 2011).

I overensstemmelse med ovenstående har Dahlager (2001) vist, at dette forhold tillige afspejles i praksisfeltet. Her vises, hvordan arbejdet som sundhedsprofessionel har betydning for subjektets etiske selvforhold (Ibid). Dahlager har undersøgt, hvordan det at afholde forebyggelsessamtaler med patienter bliver til en slags professionaliseret selvstyring. De professionelle skal selv gennem anlæggelse af en 'rigtig livsstil' gøres til rollemodeller. Herved bliver deres livsstil en magtteknologi, som skal bidrage til, at patienternes livsstil ændres, hvilket implicit pålægger de professionelle ansvaret for samme (Ibid).

Gennem det uddannelsespolitiske felt, hvor der ses øget krav om at målrette professionsuddannelserne mod det fremtidige arbejde, lægges yderligere pres på uddannelsernes håndtering af teori-praksis problematikken. Et sådant krav kan blandt andet læses i KL's²⁷ udspil fra januar 2014, der kommer med direkte anvisninger til, hvilke kompetencer uddannelsen skal sikre for at

²⁵ UFM: Uddannelses- og Forskningsministeriet

²⁶ SOSU-hjælper: Social- og sundhedshjælper

²⁷ KL: Kommunernes Landsforening

fremtidens fysioterapeuter er på omgangshøjde med kravene i KL's projekt "Det nære sundhedsvæsen" (KL 2014).

Opsummering

Sammenfattende ses fysioterapeutuddannelsen at have forandret sig over de seneste 10-12 år fra hovedsagligt at være en praksis- og håndværkspræget profession til en stigende grad af akademisering, herunder krav om akademisk uddannede undervisere. Der peges på vigtigheden af, at de studerende i uddannelsen lærer om kommunikation, omsorg og deltagelse for at være rede til at adressere komplekse sundhedsproblemer i praksis (Richardson et al 2002), ligesom det anføres, at læring forudsætter de studerendes muligheder for deltagelse og refleksioner, også i tilknytning til de erfaringer, de gør sig i praksis (Lindquist 2004, Grace et al 2011). Herudover ses, at de studerende er optaget af at udvikle en professionel autoritet, og at de har en oplevelse af, at udvikling og professionalisering indebærer et arbejde på selvet (Richardson et al 2002), hvilket underbygges af andre studier (Dahlager 2001, Lehn-Christiansen 2011).

4.5 Opsummering

Samlet set viser jeg med dette kapitel, hvordan hegemoniske kampe om, hvad sundhedsfremme er, og hvordan det skal gribes an i praksis, udspilles.

I det sundhedspolitiske felt ses en målsætning om at øge befolkningens levetid og sundhedstilstand gennem forandring af sundhedsadfærden i retning af færre rygere, nedsættelse af alkoholforbruget, opmærksomhed på sund kost og øget fysisk aktivitet. Denne tilgang til sundhedsfremme genfindes blandt andet i Danske Fysioterapeuters beskrivelse af, hvad målene med sundhedsfremmende virksomhed er. Samtidig ses modsatrettede diskurser, eksempelvis fra Sundhedsstyrelsen, der anfægter det store fokus på det individuelle ansvar, og påpeger utilsigtede effekter heraf.

I det sundhedsfaglige og – monofaglige felt er der tiltagende skærpet opmærksomhed på akademisering af faget og evidensbaseret praksis, hvilket genfindes i uddannelsesinstitutionen. Her er der krav om forskningsbaseret undervisning, akademiske lærerkræfter og et øget fokus på kompetencer. Fra sundhedspolitisk side indskræpes tillige et ønske om at forme uddannelsen i retning af de fokusområder, som vægtes her – herunder KRAM-faktorerne. Samtidig er der i studieordningen en målsætning om, at de studerende skal inddrage viden om strukturelle faktorerers betydning for menneskers sundhed og anlægge en åben og fordomsfri tilgang til arbejdet. Underviserne skal i den konkrete uddannelsessituation sikre, at de studerende opnår

Sundhedsfremme i fysioterapeutuddannelsen

læringsmålene blandt andet gennem lærerprocesser, der er studentercentreret og fremmer selvstændighed og refleksion.

Kapitel 5 – Deltagelsesformer og forhandlinger

Læringstilgangen på fysioterapeutuddannelsen skal, som vist i kapitel 4 (s. 32) bygge på deltagelsesorienteret undervisning og med inddragelse af de studerendes erfaringer. Denne del af analysen har til formål at besvare mit andet arbejdsspørgsmål; ”Hvilke mulige forhandlings- og refleksionsrum skabes i den teoretiske undervisning om sundhedsfremme på fysioterapeutuddannelsen?”. Jeg vil, primært med udgangspunkt i undervisningssituationer og den sociale praksis i klasserummet, skærpe det analytiske blik på forhandlinger, deltagelse og hvordan positioner heri tilvejebringes og konstitueres eller afskrives. Analysen vil vise, hvordan underviserne inviterer til deltagelse og inddragelse af de studerendes udsagn og erfaringer, og hvordan de studerendes indlæg i mange tilfælde ikke tages op og føres videre i et egentligt fælles refleksionsrum.

Selve undervisningen foregår i store, lyse lokaler med masser af plads. Bordene er stillet op på lange rækker tæt på hinanden og med fokus vendt mod tavlen og katederet, hvorfra underviserne holder oplæg. Den anden halvdel af lokalet er fyldt med behandlingsbrikse og andet udstyr til de mere praktiske dele af uddannelsen. Alle de dage jeg deltog, var undervisningen rammesat som traditionel klasserumsundervisning, hvor underviseren holdt kortere eller længere oplæg med udgangspunkt i litteratur, de studerende formodedes at have læst inden dagen. Oplæggene blev løbende afbrudt af diskussioner initieret af underviseren, mindre gruppearbejder eller diskussioner ved bordene, afsluttet med fremlæggelser eller som fælles opsamlinger.

5.1 Fælles refleksionsrum?

Vi starter med at kigge indenfor i klasserummet, hvor der netop er taget hul på to dages undervisning. Dagene fungerer som indledning til et tema om fysisk aktivitet i sundhed og genoptræning og omhandler emnerne fysisk aktivitet og evidens samt mulige årsager og forklaringer i sociologiske og fysioterapeutiske perspektiver. Som udgangspunkt er sundhed og sundhedsfremmearbejdet altså implicit koblet på fysisk inaktivitet, idet det er modulets omdrejningspunkt.

I den aktuelle situation handler det om kostråd. Gennem præsentationen har underviseren flere gange direkte opfordret de studerende til at svare på forskellige spørgsmål eller inviteret til dialog (FN: 1). En af de situationer, hvor der bydes ind, får vi indblik i her:

"En studerende bringer socialt dårligt stillede ind i den meget træge snak. Hun mener, at det er svært at få dem til at lytte til kostrådene. Hun kalder dem "ikke-vefungerende" og siger, "at de ikke følger med". Det foranlediger en anden studerende til at fortælle, hvordan "de er totalt uoplyste" og at han har en historie om én af de patienter han har mødt i et praktikforløb, og som fortalte "at han tit spiste salat – f.eks. K-salat". Der bliver grinet højt, og den studerende kommenterer videre "Altså ikke helt skarp!". Der er dog en tredje studerende, som mener at fysioterapeuter skal kunne vejlede om varieret kost. Herefter overtages styringen fra tavlen igen og underviser lægger op til plenumsnak: "Hvad taber vi os af?"

(FNB: 6)

Her bringer en studerende fortællinger fra de kliniske praktikforløb ind i undervisningslokalet, hvorved han åbner mulighed for at drage sine erfaringer fra det konkrete sundhedsarbejde med borgerne ind i den teoretiske del af undervisningen, omend det umiddelbart ser ud til at være på borgernes bekostning. Hermed mener jeg, at en nærliggende forståelse af situationen er, at de studerende lufter fordomme om socialt dårligt stillede menneskers evne til at tage vare på egen sundhed, og samtidig konstruerer dem som værende 'ikke helt skarpe', hvorved de studerende positionerer sig som forskellig fra sådanne mennesker. En anden læsning af situationen er, at det er en fortælling om, hvordan det kan opleves at møde mennesker i praksis og skulle forholde sig til at skulle løfte sin professionelle opgave om at fremme borgernes sundhed. Den studerendes fortælling vidner om, hvordan borgeres/patienters modstand kan ytre sig; her gennem ironi og humor om salat og K-salat. Patienten afskriver den professionelles viden, der potentielt skal bane vej til forandring og motivation hos modtageren. Derved bliver det også til en fortælling om de udfordringer, det sundhedsfremmende arbejde har i praksis.

Underviseren inddrager ikke de studerendes indslag. I stedet tages emnet videre og en ny diskussion påbegyndes, om hvordan man taber sig. De studerendes fortællinger om erfaringer fra praksis ignoreres, og forkastes derved som forsøg på en mulig forhandling af, hvordan det sundhedsfremmende arbejde kunne tage sig ud.

Jeg vil samtidig udfordre den forståelse af situationen og spørge til, hvordan det kan være, at underviseren ikke griber bolden? En mulighed er, at det er et svært at give et godt svar på, hvordan problemstillingen kan gribes an. Ved at overhøre udtalelsen sættes underviseren fri til ikke at skulle udfordre den studerendes fordomme, eller reflektere sammen med de studerende over den underlæggende problemstilling. Dermed afskrives en lejlighed til at forhandle forståelser af situationen og åbne for drøftelse af, hvilke handlemuligheder, der kunne være meningsfulde i en svær og virkelighedsnær problemstilling.

Situationen er ikke enkeltstående. Jeg oplever flere gange, at underviserne ikke bruger de studerendes fortællinger som afsæt til en fælles refleksionsproces. Her skal vi møde de studerende senere, hvor temaet er tværprofessionel virksomhed. Der er derfor både fysioterapeut- og sygeplejestuderende til stede. Vi kommer ind i rummet i slutningen af undervisningen, der denne formiddag har handlet om sundhedsbegreber. Der er blevet drøftet forskellige risikofaktorer for udvikling af sygdom.

"Underviseren har flere gange gennem de sidste 2 timer talt om sammenhæng mellem alkohol og brystcancer og vender atter tilbage til emnet. Hun lister alle tænkelige undersøgelsesresultater op og spørger ind til, hvad kvinderne vil sige. Man ved jo, at man skal dyrke motion, drikke mindre osv.

S [studerende]: "Der er sket noget efter jeg har fået børn. Sundhedsstyrelsens anbefalinger rammer lige i hovedet – lige midt i ansigtet. Jeg har lige hørt, at nu betyder det meget, hvor meget du har drukket, da du var ung. Jeg var en normal ung, og drak mig da stiv en gang imellem – og ja, ja jeg tror, jeg var en helt almindelig ung, som har drukket som andre unge. Men nu har jeg hørt, at man har 34 % større risiko for at få brystkræft, hvis man har drukket meget medens brysterne endnu var i udvikling. Så bliver jeg bare helt – jamen panisk – fordi hvad skal jeg så gøre? Ja, men det betyder noget, nu efter man har fået børn"
Underviseren svarer, at "jamen, sådan er det bare. Sådan vil det være altid."

(FNB: 41)

Gennem hele dagen er de studerende blevet inviteret til deltagelse og meningsudveksling i klasserummet. I denne situation spørger underviseren de kvindelige deltager om en særlig problematik, og en studerende giver indblik i sine bekymringer, som er direkte afstedkommet af officielle sundhedsråd. Den studerende konstruerer diskursivt en position, som mange af de fremtidige patienter også vil kunne ses i, hvor sundhedsinformation skaber bekymring, ligefrem panik hos modtagerne. Underviseren afviser en sådan position med et "sådan er det bare", hvorved en mulighed for at forhandle utilsigtede effekter af nutidens forebyggelsestiltag afskrives. Underviseren stiller i udgangspunktet positioner frit, hvorfra de kvindelige deltagere kunne byde ind i forhandlinger om, hvordan man som menneske forholder sig til sundhedsrisici afstedkommet af adfærd. I stedet for at bruge den studerendes fortælling i en mulig fælles refleksion, konstaterer underviseren at "sådan er det bare...", hvilket i en vis udstrækning er i tråd med de vilkår mennesker møder i det moderne samfunds væld af sundhedsanvisninger, men samtidig bliver en dialog om bekymring og panik som reaktioner på officielle sundhedsråd ikke mulig.

5.2 Sundhed er et tilvalg – en analyse om legitime årsagsforklaringer

De studerende bliver ofte spurgt og inviteret til indlæg – også om årsagsforklaringer og mulige tilgange til det sundhedsfremmende arbejde, men som dette afsnit vil vise, bliver de studerendes indslag ofte afvist som legitime konstruktioner af årsagsforklaringer.

Vi er her i et klasserum, hvor temaet er 'Samfund, sundhed og forebyggelse'. Emnerne for dagen er sundhedspædagogik og holdet er i gang med en gennemgang af følgerne af fysisk inaktivitet. Det er iflg. underviseren relevant for de studerendes pågående arbejdsmiljøprojekt, da tallene "kan bruges som belæg for at kigge på fysisk deltagelse i en vurdering af menneskers arbejdsevne" (FNB: 22)

"Videre i oplægget taler hun [underviseren] om at folk med lange uddannelser har meget mindre risiko. "Det kan I jo ikke gøre noget ved, men hvad betyder det for folks mulighed for at forstå?" Én studerende foreslår, at det også betyder, at man har en bedre økonomi, som skal til for at ændre. Underviseren fortsætter og siger, at det også betyder noget "for evnen til at søge viden og forstå information".

(FNB: 22)

En studerende bringer her sammenhænge mellem økonomi og sundhed på banen, men afvises af underviseren, som i stedet anfører at uddannelse betyder, at man har evne til at søge viden og forstå. Den studerendes indvending forekommer samfundsmæssig relevant, set i relation til den viden der foreligger om ulighed i sundhed (SST 2011). Underviseren fastholder, at viden om risici er en vigtig parameter, hvorved hun implicit indikerer, at sundhedsfremmearbejdet handler om overføring af viden og information. Gennem underviserens diskursive konstruktion af 'viden og evner til at forstå' som mere vægtige parametre i det sundhedsfremmende arbejde positioneres den studerende som en deltager med mindre væsentlige argumenter end underviseren. Den studerende fastholder ikke sin argumentation og konstituerer derigennem subjektpositionen som underordnet i meningsforhandlingen. Gennem underviserens afvigende svar bliver det ikke muligt at konstituere økonomi som en faktor af betydning for sundhed.

At økonomiske årsagsforklaringer ikke umiddelbart accepteres, oplever jeg flere gange:

"..spørgsmålet er iflg. underviseren, hvorfor usunde kostvaner er mest udbredt blandt de lavtlønnede. Hertil svarer de studerende at det handler om oplysning om sund kost og at det er meget dyrt at leve sundt. Underviseren svarer også selv på spørgsmålet: "Sundhed er et tilvalg" og inddrager sine egne sunde valg."

(FNB: 8)

I lighed med foregående citat, nævner en studerende, at det er dyrt at leve sundt, hvilket jeg igen anser for at være en relevant betragtning over, hvorfor lavtlønnede har usunde kostvaner. Udsagnet tages ikke op af underviseren, og den studerende konstitueres ikke i en position, hvor hun har magt til at tilskrive betydning. Hermed bliver økonomi ikke en legitim grund til de usunde vaner, det handler derimod om individuelle valg. De studerendes indlæg i begge situationer er i tråd med den litteratur, der er en del af deres pensum til dagen (Modulplan C og Modulplan B). Alligevel bliver emnet ikke godtaget af underviseren. En effekt af det kan blive, at det at forberede sig til undervisningen ikke indskrives som meningsfuldt i sammenhængen.

De studerende bringer flere gange spørgsmålet om undervægt på banen, sådan som det ses i følgende citater fra feltnoterne:

"En studerende bringer et spørgsmål om undervægt på banen, og vil gerne vide, hvad der skal gøres i forhold dem, men ifølge underviseren er undervægt ikke så vigtigt."

(FNB: 6)

"[underviseren] siger, at idag har der været meget statistik og at de studerende selv kan læse om undervægt og spiseforstyrrelser, som også var en del af pensum til dagen."

(FN: 3)

I forhold til inddragelse af de studerende i undervisningen er det interessant, at underviseren afviser at tale om undervægt, da det – i lighed med overvægt og fysisk inaktivitet – er et stigende sundhedsproblem, særligt blandt den ældre del af befolkningen (Socialstyrelsen 2013), som ofte vil være blandt de fremtidige fysioterapeuters målgruppe. Sandsynligheden for at nogle af de studerende selv har haft problemet tæt inde på livet, eller at de vil møde problemet i praksis er derfor i høj grad til stede, men mulige tilgange til dette sundhedsproblem forbliver uforløst i situationen. Denne afvisning af inddragelse af bestemte sundhedsproblemer, er med til at konstituere overvægtsproblemer som vigtigere sundhedsproblemer end det modsatte. Det får da også en betydning for, hvilke sundhedsforståelser der er mulige at bringe ind i rummet og hvilke der ikke er. Implicit vil evt. studerende med alvorlig undervægtsproblemer i klasserummet blive positioneret som værende uden vigtige sundhedsudfordringer. Udgrænsning af de studerende er netop, hvad vi skal høre meget mere om i det næste afsnit:

5.3 I er ikke som de andre

Undervisningens indhold retter sig mod, hvordan borgerne tager sundhedsprojektet til sig, og hvad fysioterapeuter kan gøre for at underbygge de sundhedsfremmende handlinger i relation til fysisk aktivitet. I dette afsnit vil jeg vise, hvordan de studerende italesættes som værende anderledes end de mennesker, de skal ud og hjælpe. Samtidig, hvordan man som fysioterapeut må acceptere, at man ikke selv kan være bærer af synlig usundhed, som eksempelvis overvægt eller ved at ryge.

At de studerende i undervisningsrummet diskursivt konstrueres som værende anderledes end målgruppen for deres professionelle virksomhed, implicit mere sunde end andre, skal vi opleve her:

"Hvad er jeres største udfordring ved at skulle arbejde med tykke?". Én studerende nævner, at det er at man skal finde ud af hvorfor. Underviser svarer hurtigt på spørgsmålet: "I er alle sammen IKKE-repræsentative for den målgruppe I skal arbejde med. Den største udfordring for jer bliver at forstå 'hvorfor de har ladet det komme så langt'"

(FNB: 7)

Underviseren har tydeligvis noget på hjerte, og intentionen med spørgsmålet var tilsyneladende ikke, at der skulle svares. Alligevel vælger en studerende at sige, at udfordringen er at finde ud af, hvorfor mennesker bliver overvægtige. Indlægget overhøres, og underviseren fortsætter ved at udgrænse hele gruppen i forhold til de fremtidige borgere/patienter ved at sige, at de studerende er ikke-repræsentative. Derved kategoriseres de implicit som en helt særlig gruppe, som ikke 'har ladet det komme så langt', og som derfor vil få svært ved at forstå, hvordan det er muligt. Samtidig ekskluderes studerende, der potentielt kunne sidde med sådanne sundhedsudfordringer.

At arbejdet med sundhed har betydning for, hvordan underviserne diskursivt konstruerer det fremtidige arbejde som betinget af, at de studerende selv tager sundheden på sig, får vi adgang til her:

"Om man føler sig sund har også noget at gøre med ydre faktorer, der er medvirkende. Han spørger til de studerendes eget syn på sundhed og spørger "hvilke udfordringer der er i forhold til patienterne, hvis man selv er tyk". Han siger, at "man ikke kan holde moralprædiken for andre, og at det er vigtigt med ens egen fremtoning".

(FNB: 18)

Her fremstilles diskursivt en rollemodel, som de studerende nødvendigvis må indskrive sig i, hvis de vil arbejde med andre menneskers sundhed; her i relation til overvægt. Hvis man selv vejer for meget, bliver det ikke muligt at have sundhedsprojekter på andres vegne, hvilket underviseren vender tilbage til senere, hvor han konstruerer sundhedsprofessionelle, som mennesker der er forpligtet til at være i en særlig sundhedstilstand: *"hvis de [SOSU'er] er overvægtige og i dårlig form – ja så er de også dårlige til at hjælpe deres klienter ("min fordom")"* (FNB: 22). Man kan altså ikke være overvægtig og i dårlig form, hvis man skal være god til at hjælpe sine klienter – eller patienter. Dermed bliver der også her diskursivt konstrueret en position, hvorfra det at være fysioterapeut indebærer, at man er forskellig fra de mennesker, der har brug for ens hjælp.

Underviserne inviterer, som vi har set det indtil nu, fortløbende til deltagelse gennem diskussioner og spørgsmål, men ofte bliver de studerende spurgt uden at blive hørt. Den næste situation understreger min ovennævnte pointe omkring erfaringsinddragelse

"Han [underviseren] siger, at fysioterapeuten som udgangspunkt ved, hvad der er det rigtig at gøre, men at finde ud af, hvad der er velegnet fysisk aktivitet skal bygges på, hvad der giver mening for deltageren. Fysioterapeuten skal lægge vægt på oplevelsen. Han siger videre: "Målgruppen finder ofte IKKE mening i fysisk aktivitet og derfor rammer sundhedskampagnerne ikke de rigtige. Tænk bare på jer selv og jeres egne erfaringer med manglende motivation", hvortil underviser spørger: "Hvorfor gør vi ikke det, vi ved er det rigtige? Det er fordi vi er mennesker!". Én af de studerende siger, at det også kan være pga. pengene og det er dyrt at gå i træningscenter og leve sundt. Underviseren fortæller, at der er lavet en undersøgelse, som viser at de fleste mennesker ikke selv tror på, at de skal dø. Så vi mener altså, at vi ikke skal dø."

(FNB: 14)

De studerende skal, når træning planlægges, altså bygge på, hvad der giver mening for deltageren og den oplevelse der knyttes til det at være fysisk aktiv. Her bliver nogle af de værdier, der typisk forbindes med sundhedsfremme, talt frem, nemlig værdier om deltagelse og indlevelse.

Analytisk vælger jeg at anlægge et dobbelt perspektiv på situationen, idet underviseren samtidig med at han taler om det fremtidige arbejde som deltagelses-, oplevelses- og meningsorienteret, beder de studerende tænke på egen motivation, og hvorved han inviterer til deltagelse og erfaringsudveksling. Underviseren er i en situation, hvor han diskursivt konstruerer mulige værdier i det fremtidige arbejde i samme ombæring som han selv er i en subjektposition, hvorfra

han kan facilitere det samme hos de studerende. Han stiller da også i situationen positioner til rådighed, hvorfra der kan tales om egne oplevelser og erfaringer, hvilket en enkelt studerende vælger at gøre ved at anføre, at det er dyrt at træne og leve sundt. I situationen tænkte jeg, at det var et godt bud, og at det var relevant for overskriften for dagene om at se på fysisk aktivitet i et sociologisk perspektiv. At indlægget ikke tages op bliver derfor særligt paradoksalt, og den studerendes subjektposition som legitim deltagende og medkonstruerende i at betydnings-tilskrive barrierer for at være fysisk aktiv konstitueres ikke. Derimod bringes et helt andet emne på banen, nemlig døden, et tema vi kommer til at høre mere om senere.

Denne situation illustrerer, i lighed med de to foregående, hvordan bestemte oplevelser og erfaringer hos de studerende bliver 'ikke-gyldige' i en situation, hvor de netop er ved at lære, hvordan de som professionelle skal inddrage disse perspektiver. Derved forbliver inddragelse en diskursiv konstruktion, der ikke knyttes an til de studerendes egne oplevelser eller til den praksis, de studerende skal uddannes til at være en del af.

5.4 Sundhedsfremme og samfundsrelaterede faktorer?

Når sociologiske perspektiver skal inddrages i undervisningslokalet bliver særlige måder at meningstilskrive samfundsskabte fænomener tydelige, sådan som det ses i flere tidligere analyser. Her er det netop sociologiske perspektiver på fysisk aktivitet, der er på dagsordenen. Der er gennemgang af 'Den Nationale Sundhedsprofil' (SST 2010), planlagt som gruppearbejde, og det skal foregå ved, at de studerende arbejder i grupper, sådan som de sidder ved bordene. Der skal kigges på de forskellige sundhedsparametre og deres fordeling blandt andet i forhold til geografi, køn, uddannelsesniveau (FN: 8) og sammenhænge skal diskuteres og fremlægges for resten af holdet.

Jeg deltager i et gruppearbejde, mest som tilhører, da jeg ikke kan se den skærm, der kigges på. Gruppearbejdet kommer hurtigt til at køre i ring:

"Vi er 5 i 'min gruppe' – 2 drenge, som sidder på min ene side og 2 piger, som sidder på den anden – og vi skal kigge på, hvordan overvægt er fordelt i Danmark – dels på regionalt niveau men også ift. uddannelse, etnicitet, køn og andre kategorier. Gruppen deles hurtigt i 2 drenge på min venstre side, som sidder og taler sammen primært om noget helt andet samtidig med, at de kigger på computeren. De to piger på min anden side forsøger at kigge lidt på tabellen, men kører op og ned på siderne og kan ikke rigtig finde ud af, hvad det er de

skal, og hvad opgaven overhovedet går ud på. Drengene kommer aldrig med i diskussionen, selvom pigerne forsøger at inddrage dem.

(FNB: 8)

De studerende har her fået en opgave men ved ikke helt, hvad den går ud på eller hvordan tabellerne skal læses. Selvom der i gruppen inviteres til dialog, vælger de to mænd helt at afskrive deltagelse i arbejdet og taler om helt andre ting. Hen ad vejen får de to kvinder sammen hul på opgaven om at diskutere årsagssammenhænge, men de lykkes ikke med at få etableret et egentligt forhandlingsfællesskab med de to andre i gruppen, hvorved diskussioner og drøftelser aldrig bliver rigtig dynamiske. En mulig tolkning af situationen er, at de to mænd ikke kan se det relevante i at skulle diskutere sociologiske analysers betydning i forhold til det fremtidige arbejde, og at de oplever opgavens formål som værende for uklart til at blive meningsfuld for dem. Underviserne deltager ikke i gruppediskussionerne, hvorved de studerende overlades til selv at initiere diskussioner, refleksioner og drage konklusioner.

5.5 Udfordring af normative forståelser

Afslutningsvist vil jeg i dette afsnit vise, hvordan jeg gentagne gange har oplevet, at underviserne forsøger at åbne for fælles refleksioner og meningsforhandlinger ved at udfordre og 'forstyrre' normative forståelser og fordomme. Hvordan det udspiller sig i klasserummet, skal vi få indblik her.

I den følgende situation, forsøger underviseren at sætte en fælles debat i gang ved at provokere de normative forståelser. Underviseren har efter en pause med store bogstaver på tavlen skrevet: $\uparrow BMI = \downarrow$ selvkontrol (FN: 12), og jeg har noteret følgende i min feltdagbog:

"Ingen har kritiske refleksioner over det, der postuleres – først efter mange sekunder er der en studerende, der forsigtigt siger: "nahj... det passer vel ikke ALTID?". Provokationen er på det tidspunkt faldet til jorden og underviseren svarer at hun er meget glad for, at der var én, der ikke var enig"

(FN: 13)

Tidligere har samme underviser sagt: "BMI mlm. 28-30. Doven. Du skal ha' et spark" (FN: 10), hvilket hun ej heller får reaktioner på. Underviseren er undervejs med et pædagogisk projekt om at forstyrre de studerendes formodede fordomme for derigennem at fremme refleksioner og sætte en debat i gang. Underviserens forsøg lykkes tydeligvis ikke og refleksionerne udebliver.

De studerendes manglende reaktioner forundrede mig, da jeg sad i undervisningslokalet. Jeg tænkte, at det var højst besynderligt, at ingen følte trang til at kommentere eller stille spørgsmål til disse udsagn. De udeblevne reaktioner fik de provokerende udtalelser til at fremstå som gyldige diskursive konstruktioner, hvilket også er det perspektiv, jeg vil anlægge for at begribe, hvad der går for sig i denne situation. At de studerende ikke reagerer, kan jeg kun læse som, at det ikke er muligt at anfægte udsagnet i den sociale praksis, idet der i undervisningen for længst er skabt et diskursivt hegemoni om, hvordan overvægt forstås. Diskurser om sund kost, rigelig med motion og god, rigtig sundhedsadfærd har været kraftfuldt til stede i lokalet, hvilket gør disse udsagn legitime i situationen. At udfordre udsagnene vil være en afskrivning af den gældende diskurs, og den subjektposition er der ingen studerende, der indtager. Så underviserens intentioner til trods bliver det end ikke her muligt at forhandle andre forståelser af overvægt end de, der allerede er konstrueret.

Senere i forløbet oplever jeg atter, hvordan underviserne gennem opfordringer og provokationer inviterer til fælles refleksion i klasserummet, som her i undervisningen på et tværfagligt hold. Ud af syv mulige studerende fra fysioterapeutstudiet er fire til stede ved dagens undervisning.

Denne dag oplever jeg gentagne gange, at underviseren har et mål om at anlægge et kritisk blik eksempelvis på begreberne rehabilitering, fysisk aktivitet, medinddragelse af patienter og selvbestemmelse og den understrøm af selvfølgeligheder, der ligger i uddannelsens anvendelse af dem. Hun introducerer også begreber som disciplinerings teknikker og skræmmekampagner (FNB: 25).

Det er dog primært de sygeplejestuderende, der reagerer på hendes oplæg. De føler sig udfordret og indgår i mange livlige, til tider uforløste, diskussioner om tilgangen til disse begreber (FNB: 24-25). Jeg har i mine feltnoter noteret:

"Hele diskussionen bærer præg af meget engagement, både hos underviseren og især hos 4-6 af de sygeplejestuderende. Ingen fysioterapeutstuderende deltager, og det viser sig hurtigt, at der faktisk kun er 4 tilstede. De fire er alle i gang med at lave andre ting, som at skrive mails og være på FB."

[...].

"Så bliver det tid til frokostpause – og jeg taler lidt med de 3 fysioterapeutstuderende, der er tilbage – den fjerde forlod undervisningen i løbet af formiddagen. De keder sig og synes ikke rigtigt, det er noget for dem. De vil gerne arbejde med det projekt, de skal lave om KOL patienter og ved ikke rigtigt om de behøver at blive efter frokost."

(FNB: 25)

Samme underviser, som selv er fysioterapeut, har på et andet tidspunkt følgende dialog med en deltager (en sygeplejestuderende):

"[..] at sygeplejeuddannelsen kommer ud af en humanvidenskabelig tankegang og, at fysioterapeutuddannelsen har sit udgangspunkt i den naturvidenskabelige tradition. "De er ofte ovre i det moraliserende paradigme". Den studerende svarer, at hun synes, at "fysioterapeuter er belærende" og underviseren fortsætter smilende: "Ja, vi spørger ofte om 'er du IKKE fysisk aktiv', jamen det er jo så dejligt. Jeg er selv så fysisk aktiv"

(FNB: 24)

Underviseren ironiserer over sin egen faggruppe og lægger en distance til måden, hvorpå fysisk aktivitet træder frem, og hvordan det skaber særlige privilegerede positioner for de sundhedsprofessionelle. Hendes facon fremmer deltagelsen hos en del af de studerende, der deltager aktivt i diskussionerne. Men de fysioterapeutstuderende deltager slet ikke, de har travlt med andre ting på computeren og er optaget af at komme i gang med en opgave, de er blevet sat på – nemlig et større skriftligt arbejde, der skal afleveres, bedømmes og give dem modulets karakter på eksamensbeviset. De finder undervisningen kedelig og kan ikke genkende sig selv og "synes ikke rigtig, det er noget for dem" (FN: 25). Når de studerende afskriver undervisningen som kedelig konstrueres diskursivt et undervisningsindhold som er ligegyldigt og ikke-vedkommende, og de studerende skriver sig ud af en diskurs, hvor dele af sundhedsprojektet kan karakteriseres som disciplinerings teknik. De studerende finder det i situationen ikke-relevant, hvilket er forståeligt i den herskende diskurs på studiet, hvor faktuel målbar og evidensbaseret viden har vundet hegemonisk status over for andre vidensformer.

5.6 Opsummering

Gennem afsnittet har jeg vist, hvordan underviserne fortløbende inviterer til deltagelse, forhandlinger og meningsudvekslinger i klasserummet, men at de studerendes udsagn og erfaringer i mange tilfælde ikke tages op, hvorved de ikke konstitueres som deltagere med ret til at betydningstilskrive i den sociale praksis. Samtidig peger analyserne også på, at de studerendes fortællinger fra praktikforløb eller erfaringer fra eget liv, ikke konstitueres som betydningsfulde i klasserummet, hvorved et egentlig fælles refleksivt rum ikke etableres. Når de studerende undervises i inddragelses- og deltagelsesdimensioner i det fremtidige arbejde med borgerne, forbliver disse begreber blot konstruktioner, der ikke knyttes til de studerendes egne oplevelser. Umiddelbart etableres ingen tilgængelige subjektpositioner, hvorfra der kan tales om

egne erfaringer med eksempelvis over- eller undervægtsproblemer, psykisk sårbarhed, rygning eller alkoholmisbrug.

I undervisningen italesættes de studerende som værende i særlige sundhedsmæssigt privilegerede positioner. Det understreges hvordan det fremtidige arbejde med sundhedsfremme indebærer, at de studerende (og kommende fysioterapeuter) bliver repræsentanter for det sunde liv i form af slanke, ikke-rygende og veltrænede kroppe. Det bliver simpelthen ikke muligt at praktisere fysioterapi, hvis man er bærer af synlig 'usundhed', eksempelvis overvægtig. Implicit anlægges her en diskurs om særlige professionsidealer for faget.

Analyserne peger også på, at diskursen om den enkeltes ansvar for at vælge det sunde liv opnår hegemoni klasserummet, idet det flere gange italesættes som 'information og viden er vigtigt' eller 'sundhed er et tilvalg'. Samtidig konstitueres de studerendes indlæg om økonomiske årsagsforklaringer på sundhedsudfordringer ikke som legitime. Jeg læser de studerendes gentagne indlæg herom som særligt meningsfuldt for netop dem, fordi de formentlig i overvejende grad har en lille økonomi, er på SU og derfor selv har erfaringer for, hvordan det kan virke som barriere for deltagelse i forskellige aktiviteter. En anden diskurs, der ikke kan konstitueres som legitim sundhedsudfordring, er undervægt, hvorved de studerendes eventuelle udfordringer med samme ikke konstrueres som værende væsentlige sundhedsproblemer.

Kapitel 6 – Sundhed og uddannelsesdeltagelse som subjektiveringsressource

Nu kommer det til at handle om, hvordan de diskursive konstruktioner af sundhed, de institutionelle rammer og uddannelsens sociale praksis frembringer ressourcer, hvorigennem de studerende kan subjektiveres. Jeg vil i det følgende svare på det tredje arbejdsspørgsmål: ”Hvilke betydninger får deltagelse i uddannelsen for de studerendes subjektiveringsprocesser imod det fremtidige arbejde med sundhedsfremme?”

De institutionelle rammer repræsenterer, som beskrevet tidligere (s. 18), særlige mulighedsbetingelser for at tage sundhedsprojektet på sig. Gennem anlæggelse af blik for performativitet, social genkendelighed og praktiseringer af sundhed i uddannelseskonteksten vil jeg åbne for forståelser af, hvordan sundhed anskuet som en diskursiv ressource får betydning for de studerendes subjektiveringsprocesser.

6.1 Praktiseringer af sundhed

Institutionerne er forskellige i indretning, den ene fremtræder mere som en ’konventionel’ uddannelsesinstitution med lange gange og tilstødende undervisningslokaler, og den anden har store åbne lokaler med brede trappeløb, der dominerer i indgangspartiet. Begge skoler har kantiner, der serverer salater og anden sund mad. Slik- og sodavandsautomater er gemt af vejen og ikke umiddelbart synlige – men findes dog. Derved gør selve indretningen af, særligt den ene institution, det muligt at praktisere sundhed eksempelvis ved at bruge trapperne og sammensætte maden på sin tallerken med en særlig grøn profil.

De institutionelle fysiske rammer får betydning for den sociale praksis, som her hvor Tina fortæller:

”[.].. jeg bliver fx rigtig irriteret over, at folk de tager elevatoren her, når de ikke har nogen grund til det ikk’? Altså, jeg bliver pisseirriteret over det. Fordi der er SÅ mange der ta’r den og de kan bare ta’ trappen”

(Tina: 7)

Eller hos Peter:

*”[.]...på samme måde som skolen er designet med trapper ikk’? Og øh... maden i kantinen... Der er en slikautomat, men den er gemt væk..
[.].. Så der er jo tænkt det der sundhed ind på skolen, men på en eller anden måde skjult for at*

præge mennesker ikk'? Tænker jeg. Ligesom at rygerne bliver forvist om til den anden side af bygningen, og man skal gå hele vejen ud af..."

(Peter: 8-9)

Vi hører, hvordan institutionen er indrettet på måder, hvor det at 'gøre' sundhed på bestemt vis bliver en mulig subjektiveringsressource. Studerende kan performe sundhed gennem anvendelse af institutionens indretninger, men hvis man derimod vælger at frekventere slikautomaten, bruge elevatoren eller være ryger, vil bruddet med den sunde norm blive tydeliggjort for alle. Her fortæller en studerende i et gruppearbejde om de sociale relationers betydning for fysisk aktivitet:

"Jeg dyrker sport hver dag, og jeg FORSTÅR simpelt hen ikke, at man ikke har lyst til at dyrke motion. Jeg FORSTÅR simpelt hen ikke, at man kan ligge flere dage på sofaen og ikke ville ud og bevæge sig. Jeg FORSTÅR simpelt hen ikke, at man har lyst til at trække vejret gennem en cigaret"

(FNB: 37)

Citaterne vidner om, hvordan det at 'gøre' sundhed er muligt i en grad, hvor det bliver legitimt at italesætte irritation, grænsende til vrede, over de, der ikke følger normen. De herskende diskurser om sund adfærd stiller positioner til rådighed for de fysisk aktive studerende, som legitimerer en næsten fordømmende og ekskluderende diskurs af andre måder at tænke sundhed på. Hermed legitimeres også en position, hvor manglende indlevelse og forståelse ikke kan anfægtes. Det er med andre ord i orden ikke at kunne forstå, når mennesker vælger SÅ forkert.

Thomas fortæller her om, hvordan han sammen med sine medstuderende får mulighed for særlige sociale omgangsformer, blandt andet gennem institutionens fysiske indretning med idrætshal til rådighed:

"Jeg tror det er altså..., uddannelsen har et eller andet ry, eller et eller andet..., ja... det har noget omkring sig, som gør, at det er folk som generelt holder sig sunde i [...]. Men vi gør det måske mere end andre, kan man sige, øhmm..., sørger for at få motioneret så og så meget hver dag, la' vær med at ryge. [...]. Hvis vi skulle have holdt et, et eller andet, altså hvis vi har skullet mødes og så bliver det måske bare nogle gange, at vi mødes og spiller noget bold nede i hallen fx ikk', så vi er aktive på en eller anden måde, i stedet for at, at vi laver noget sammen, som så osse – ja iflg. sundhedsstyrelsen er usundt ikk'. [...]. Altså, vi snakker tit om

træning, vi snakker tit om [] folk som har været ude at løbe halvmarathon og sådan nogle ting. Det er sådan nogle ting, som der bliver snakket om... "nåh... hvordan gik det?""[...] Så det tror jeg er, at det er jo på den måde vi skiller os ud fra, fra resten af befolkningen"

(Thomas: 8)

Jens fortæller samstemmende: *"ALLE her på studiet går helt vildt op i deres sundhed. Alle træner vildt meget, nærmest hver dag"* (Jens: 15).

Vi hører her, hvordan der i den sociale praksis, de studerende imellem, konstrueres normer, der tilsiger at der er en sammenhæng mellem sundhedsadfærd og praktisering af positionen som fysioterapeutstuderende. Det tales frem som overholdelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger, afholdelse fra rygning og alkohol, medens der samtidig åbnes op for mulige sociale fællesskaber gennem træning og fysiske præstationer. Gennem Thomas' fortælling ser vi, hvordan der etableres positioner, der er inkluderende, hvilket muliggør det modsatte, nemlig positioner som ikke giver adgang til fællesskabet.

I det foregående kapitel har jeg beskrevet, hvordan de studerende bliver til særlige sundhedsrepræsentanter gennem italesættelse af deres 'anderledeshed' i forhold til deres målgruppe: *"I er alle sammen IKKE-repræsentative for den målgruppe I skal arbejde med"* (FN: 7). Flere af de studerende erklærer sig enig i udsagnet, som Jens siger her:

"Jamen vi ligner slet ikke vores målgruppe. Vi lever enormt sundt. Ud af de 70 stud her på skolen, er der ingen overvægtige, kun 1 ryger og en festryger, alle træner hele tiden hver dag. Det er helt vildt, men der er seriøst INGEN overvægtige. Der var to til at starte med, men de holdt hurtigt op. De hang virkelig i bremsen. Man kunne se med det samme, at de ikke ville klare den. Man kan ikke være overvægtig og være fysioterapeut. Den sidste holdt op sidste modul, og hun slæbte virkelig efter."

(Jens: 15)

Både Jens og Thomas skriver sig ind i den herskende diskurs om sundhed som efterlevelse af de officielle råd fra Sundhedsstyrelsen. De konstituerer positioner for fysioterapeutstuderende som værende 'helt anderledes' og 'mere sunde' end andre. Ved at konstruere ekskluderende positioner for overvægtige, ekspliciterer Jens, hvordan det netop ikke er tilgængeligt for en studerende på fysioterapeutstudiet. Samtidig bliver det at være overvægtig konnoteret med at 'hænge i bremsen' eller 'slæbe efter' i den forståelse, at den overvægtige studerende ikke er begavet nok til at følge med på studiet. Eksklusionen bliver

total, og de få overvægtige, der er startet, er også forsvundet igen. De sproglige konstruktioner får altså ret så 'virkelige' effekter for konkrete studerende.

6.2 Sundhedsprojektet på egne kroppe – at være rollemodel

Samstemmende med kategoriseringen af de studerende, som værende særligt sunde individer, sådan som den analysen i kapitel 5 viste, konstituerer de studerende også sig selv som havende et særligt ansvar for at repræsentere 'sundhed'.

Jens har taget sundhedsopgaven på sig gennem sin egen krop. Han har tidligere fortalt mig, hvordan han selv træner hårdt og lever sundt. Nu skal vi høre, hvordan Jens fortæller om betydningen af at skulle arbejde med andres sundhed:

"[...]Altså, nu har jeg, for jeg har styr på mit liv. Og det tænker jeg, er en supergod forudsætning, hvis jeg skal lære nogen noget, så skal jeg selv have styr på det. Altså, jeg kan ikke være rygekonsulent, hvis jeg selv ryger. [...] På den måde. Og jeg har styr på min kost, og jeg er ikke overvægtig, og jeg træner, og jeg ryger ikke og drikker stort set ikke. [...] det er min egen baggrund, jeg bringer med. Jeg bringer min egen personlige mening, det er det jeg føler, jeg lidt kan gi'. Som er sundheds..., det vil være med til at sundhedsfremme, på en eller anden måde. Fordi jeg kan sætte et eksempel og vise vejen ikk"

(Jens: 10)

Eller som Jens siger, da interviewet er slut:

"Når man bliver punk'et her HVER dag med sundhed, så er det svært at være overvægtig. Når man ved, at man ikke skal ryge, drikke og være overvægtig hvis man vil være sund, så kan man ikke tillade sig det, når man er fysioterapeut"

(Jens: 15)

Jens konstruerer en position for sig selv som værende i kontrol i en sundhedsmæssig forstand. Han har styr på sit liv, og hvad det indebærer af ansvarlig sundhedsadfærd. Han er ikke udfordret af KRAM-faktorerne betydning for hans sundhed, fordi han afholder sig fra en risikobetonet adfærd. Jens subjektiverer sig som et sundt forbillede, der kan give noget videre til andre gennem sin egen fremtoning.

At være en rollemodel ligger alle de studerende meget på sinde. Thomas har selv oplevet at veje for meget, men gennem sine venner og studiet har han fået fokus på kost og træning; "... [.] jeg har

prøvet at være lidt overvægtig før og smidt nogle kilo ikk'". (Thomas: 5). Thomas' egen familie lever iflg. ham meget usundt:

"Og specielt snakke med ens familie omkring det. [...] og jeg kan også mærke, at det, at det er jo MIG, der ligesom går forrest i min familie. Altså, jeg er jo sådan lidt [] en mønsterbryder i forhold til, hvordan min familie er skruet sammen ikk'? [...] hvis man tager udgangspunkt min familie, altså, så er de fleste, jeg vil tro 90 % er øh... overvægtige. Og så tror jeg, vi snakker 80 eller 75 % som er meget overvægtige ikk'? [...] Og dyrker ikke motion altså, og [] spiser [] dårligt, altså. [...] vi er jo begyndt at snakke lidt omkring nogle af de her ting ikk'? Og det er også det, der er spændende for mig, det er at prøve, at formidle de her ting her, som der kan ske hvis, ved., ved at du lever denne her livsstil ikk'."

(Thomas: 9-10)

Thomas har gjort sig nogle erfaringer med at være overvægtig, men har overkommet det gennem træning og kostændringer. I takt med, at hans viden om kost, alkohol og motion er øget gennem studiet, vil han gerne inddrage sin familie og fortælle dem om konsekvenserne af deres handlinger. Men Thomas' familie er ikke lige så opsatte på sundhedsprojektet, som Thomas er:

"[...] Og så er der jo også nogle af dem, som faktisk, hvor at man kan sidde og snakke med dem og så... og så er de jo slet ikke interesseret i at tabe sig. Altså... Hvorfor skulle de det? Det er jo lige meget. De har det da godt, som de har det."

(Thomas: 10)

Til gengæld vil Thomas gerne bringe sine fortællinger på banen med sine medstuderende, som mildest talt bliver forundrede:

T: [] og det synes jeg jo også er spændende, at man kan jo faktisk bringe det her med op på skolen og så snakke om de her ting, hvor at vi alle sammen ved at [] det er dårligt at være overvægtig, dårligt at ryge, dårligt at drikke alkohol og sådan nogle ting ikk'? Og så møde nogle af de her mennesker, som faktisk er ligeglade med, hvad du siger til dem [...]. Det synes jeg også man lærer meget af. Fordi vi kan, vi kan blive meget firkantet, når vi sidder allesammen og har [] den samme ide om, hvordan det skal være heroppe [på skolen]. [...] Fordi vi møder jo ikke særligt mange af sådan nogle personer på denne her uddannelse. Vi møder dem kun når vi er ude i praktik eller når vi har med vores egen familie at gøre ikk'? [] Og, der synes jeg, det er fedt, at man kan prøve at inddrage nogle af de her eksempler og så sætte det lidt på spidsen [...]. Og så prøve at sige det til nogle af dem fra klassen ikk'? [...] [...] Og så se,

hvad man kan få ud af, af sådan en samtale ikk'?

I: Hvad sker der så?

T: [] At først så kommer der jo den der reaktion med, at det kan man slet ikke forholde sig til, fordi at vi har det her, vi har det her miljø i klassen med [...] alle er indforstået med at [...] der bliver trænet, at vi snakker om træning og god kost og sådan noget. [...]det kan man næsten ikke diskutere, fordi sådan er det bare ikk'?

I: Ja...

T: Hvor at, der kan man mærke, at hvis man selv har prøvet de her ting et par gange, så har man lidt en bedre forståelse af nogen gange osse bare at komme til at sige nogle ting, hvor at man bare tror, at nå men det er indforstået med, at nå men sådan gør man bare. Hvor at andre, der måske ikke har haft den samme erfaring. Har mødt de samme mennesker. Jamen de har det lidt... de har en helt anden forståelse af det og ikke lige tænker over at nå men, det er jo ikke bare indforstået med, at så gør denne her person bare det! For eksempel træner 30 min om dagen ikk'

(Thomas: 10-11)

Dette meget lange uddrag af interviewet med Thomas er valgt, fordi jeg læser mange temaer her, som jeg finder kendetegnende for nogle af de fænomener, jeg har set træde frem i empirien. Dels er Thomas' fortælling vidne om, hvordan de studerende tager arbejdet med sundhed på sig som subjektiveringstilbud gennem diskursive konstruktioner af sundhed og af praktiseringer både gennem uddannelsen men også privat.

Thomas oplever at gennem deltagelsen i uddannelsen og gennem indskrivning i den herskende sundhedsdiskurs bliver nye subjektpositioner mulige. Han konstituerer sig som subjekt i en position, hvorfra det bliver legitimt at tale med andre (her: familien) om deres kost, vægt og problematisering af samme. Det lykkes dog ikke helt for Thomas at komme afsted med projektet, da positionen ikke konstitueres af familiemedlemmerne. Thomas oplever, at de kan finde på at afskrive de gældende sundhedsdiskurser og dermed afvise at lade sig rådgive. Men i stedet for at lade sig slå ud af det, vælger Thomas at anse det som et 'spændende' fænomen, som han kan diskutere med sine medstuderende. I uddannelseskonteksten er Thomas' sundhedsdiskurs legitim, og de andre studerende stiller sig uforstående overfor Thomas' familie og deres manglende vilje/ønske om at lade sig underkaste KRAM-diskurserne. På studiet er de diskursive konstruktioner af sundhed, som KRAM faktorer så kraftfulde, at det næsten bliver umuligt at diskutere andre diskursive konstruktioner af sundhed. Ved at positionere Thomas' families udsagn som værende næsten utænkelige, rekonstituerer de studerende sig selv som værende 'sunde på den rigtige måde'.

Samtidig indeholder Thomas' fortælling om sin egen familie også en beskrivelse af, hvordan han oplever, at der er langt fra den virkelighed, der konstrueres i uddannelseskonteksten og så til det konkrete arbejde. Hans udsagn om, at det er 'fedt at inddrage' eksempler på mennesker, der ikke ønsker at leve efter de officielle sundhedsråd og 'se, hvad man kan få ud af sådan en samtale' konstruerer en position, hvorfra refleksioner og sammenhænge mellem erfaring og teori er meningsfulde at italesætte. Thomas' fortælling vidner også om, hvordan han diskursivt forsøger at balancere sine erfaringer og familiære baggrund med sin nye position som én, der ved noget om sundhed, når han siger 'det kan blive meget firkantet, når alle har den samme idé', samtidig med at han positionerer sig, som 'én, der selv har prøvet det' og derfor 'har lidt bedre forståelse'.

Det er ikke bare Thomas, der har taget sit sundhedsprofessionelle ansvar på sig i forhold til sin familie. Det ligger også Tina stærkt på sinde at hjælpe sine venner og familie:

"[...] mange i min vennekreds de er ikke, de træner ikke så meget, sådan. De træner lidt og sådan ikk', men der er mange af dem, der siger "jeg vil gerne tabe mig" eller "jeg vil gerne være mere trænet". Nå, men så "gør noget ved det".[...]

Jeg prøver jo at hjælpe dem. Så prøver jeg jo at holde min veninde lidt i nakken og sige "kom nu" "altså tag dig nu sammen, ikk' og...".

(Tina: 7)

Tina har, ligesom Thomas, taget ansvaret om sundhed på sig. Ikke blot egen sundhed, men også de nærmeste i omgangskredsen. Som fysioterapeutstuderende har de indskrevet sig i subjektpositioner, hvorfra det er muligt og legitimt at have meninger og opdragende projekter på sin familie og sine venners vegne.

Hele sundhedsprojektet kan til tider blive lidt i overkanten for de studerende, særligt for Peter, som er ryger og dermed har positioneret sig anderledes. Her skal vi høre, hvordan Peter er i forhandling med sig selv om, hvordan han indskriver sig i sundhedsdiskurser, der kan virke modsatrettede.

"Altså, jeg løber marathon og sådan noget" [...]

"Fordi jeg tror faktisk, at det jeg har oplevet på.. på uddannelsen er, at sundhedsforståelsen er ret snævertsynet. På sådan en uddannelse her. Og det siger jeg, fordi jeg selv..... ryger. Og... eller jeg gør det ikke så meget nu.... men jeg gør det mindre og mindre....."

(Peter: 7)

Peter er i ovenstående citater i færd med at diskutere det åbne sundhedsbegreb og konstaterer i den forbindelse, at han selv løber marathont. Da han vil redegøre for sundhedsforståelserne på uddannelsen, tager konstruktionen af den som 'snævertsynet' ikke udgangspunkt i den undervisning, Peter har deltaget i, men derimod i den oplevelse han implicit har af, at det at være ryger ikke kan kombineres med at være sund. Peter ender da også med en forhandling om, at han heller ikke ryger så meget mere, hvorved han konstruerer en position, hvorfra det fortsat er muligt at subjektiveres som sund. Peter indtager også – set i forhold til de foregående udsagn fra Jens, Thomas og Tina – en anden position i forhold til det at tage sundhedsprojektet på sig:

"Men et af de tilbagevendende spørgsmål er, kan man gå på en sundhedsuddannelse og ryge en cigaret? Eller er det dobbeltmoralsk?"

[...]

"Jamen, jeg tænker, er det fordi vi skal være forbilleder, altså bliver vi uddannet til at være forbilleder på vores uddannelse? Fordi så burde der også være optagelseskrav, altså fysiske optagelseskrav, hvis det var det, der var spørgsmålet."

(Peter: 8)

"..[Jeg tænker et eller andet sted, at man skal passe på, at man ikke forsøger at skabe nogle mennesker, som ender med at være så moraliserende overfor de mennesker, de skal ud til, altså bliver så fremmedgjorte. [..] Så kan de jo ikke indgå i en ... altså en ligeværdig relation på nogen måde."

(Peter: 10)

Peter forholder sig i citaterne kritisk til det at tage sundhedsprojektet på sig. Han diskuterer de mulige effekter af de diskursive konstruktioner af sundhedsadfærd, og det at performe sundhed på egen krop, hvilket ifølge hans udsagn er mærkbart til stede i uddannelseskonteksten.

6.3 Opsummering

Gennem analysen har jeg vist, hvordan de studerende, gennem diskursive konstruktioner om træning og ved at performe synlig sundhed gennem krop og fysiske handlinger, etablerer mulige positioner hvorigennem man kan subjektiveres som særligt sund.

Gennem analysen har jeg vist, hvordan det bliver muligt at praktisere passende fysioterapeutstuderende gennem indskrivning i de gældende sundhedsdiskurser, og derved på mange områder adskiller sig fra andre ungdoms- og studiekulturer i Danmark. Der vil alkohol og fester ofte indgå som væsentlige adgangsbilletter til det sociale fællesskab (Illeris et al 2009: 244). Men på fysioterapeutstudiet går det anderledes til. Her er praktiseringer af sundhed gennem sunde kostvaner, afholdelse fra rygning og alkohol og passende fysisk aktivitet en del af det at praktisere 'god studiekammerat'. Kroppen kan i sin udformning alene medføre eksklusion fra fællesskabet, idet en overvægtig krop implicit betyder, at man afskriver de gældende sundhedsdiskurser og samtidig indikerer kognitiv deficit. Denne eksklusion giver omvendt privilegerede positioner til de, der praktiserer sundhed indenfor normen, og derigennem opnår retten til at stille sig uforstående (og fordømmende) overfor andre menneskers sundhedsadfærd. De studerende rekonstruerer således de sundhedsmæssigt privilegerede subjektpositioner, der etableres i klasserummet (kapitel 5), hvorved diskursen om et implicit professionsideal om at være repræsentant for det sunde liv også genfindes i de studerendes italesættelser.

Når de studerende subjektiverer sig som særligt sunde indebærer det, at andre mulige subjektpositioner legitimeres i den sociale praksis, nemlig dem, hvor man som studerende og kommende sundhedsprofessionel kan anses for at 'vide bedre og mere om det sunde liv', 'have ret til at adfærdskorrigere sine nærmeste', 'have ret til at blive vred og irriteret på de, der ikke lytter', 'have legitimitet til at ekskludere individer med uønsket adfærd og udseende' og 'at være rollemodel'. De studerendes fokus på at være gode rollemodeller bekræfter de undersøgelser, der omtales i kapitel 4 (s. 34), hvor de studerende tilsvarende beretter om at være optaget af at udvikle en professionel opførsel og at 'se professionel ud'.

Som analysen samtidig viser, er det ikke omkostningsfrit for de studerende at subjektiveres som særligt sunde rollemodeller. Dels er det dagligt hårdt arbejde med træning, men det får også andre ganske klare effekter for Thomas, der står på sidelinjen i forhold til sin familie eller for Peter, der efterlades i modsatrettede positioner i konstant forhandling med sig selv.

Kapitel 7 – Sundhed og sundhedsfremme

Læringsrummet er, som vi har set indlejret i forståelser af sundhedsfremme, der spænder mellem at tage afsæt i en bred sundhedsforståelse med indbyggede deltagesperspektiver og inddragelse af sociologisk viden om strukturelle forholds betydning for sundheden – og så til en forståelse af sundhedsarbejdet som knyttet til årsagsforklaringer hentet i individets livsstil, og dermed sundhed som et individuelt anliggende. Gennem de foregående analyser af forhandlinger i læringsrummet, og hvilke betydninger deltagelse i uddannelsen får for de studerendes subjektiveringsprocesser, vil jeg i denne sidste del af analysen svare på det sidste arbejds-spørgsmål: "Hvilke diskursive konstruktioner af sundhedsfremme frembringes igennem subjektors deltagelse i læringsrummets forhandlinger, diskussioner og refleksioner?". Jeg viser, hvordan de diskursive konstruktioner blandt andet kommer til at handle om hård træning og at det sundhedsfremmende arbejde er 'op ad bakke' i forhold til at fremdrive motivation hos borgerne.

7.1 Fysisk aktivitet som sundhedsfremmende

Indledningsvist skal vi se på, hvordan begrebet 'fysisk aktivitet' indoptages i undervisningen som fysioterapeutisk sundhedsfremmende faglighed. Der kigges på, hvordan den diskursive konstruktion af 'fysisk aktivitet' træder frem, hvilke betydninger begrebet tillægges, og hvordan det får betydning for de studerendes forståelser af den praksis, der venter dem efter endt uddannelsen.

Gennem min deltagelse i undervisningen har jeg oplevet, hvordan rapporter og andre udgivelser, hvis indhold primært bygger på naturvidenskabelig viden, udgivet af Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed bliver anvendt som grundlæggende i undervisernes oplæg (FN: 1). Derved er rammen for undervisningens faglige indhold illustreret, og det bliver forståeligt, hvordan begrebet 'fysisk aktivitet' af undervisere og studerende er blevet en gyldig diskursiv konstruktion for aktiviteter, der indebærer bevægelse af kroppen. I almindelig tale kunne det være ord som 'bevægelse', 'motion', 'genoptræning', 'gymnastik', 'leg', 'boldspil' der var valgt. I et tidligere fysioterapeutisk fagsprog kunne det være 'balancetræning', 'funktional træning', 'ADL-træning'²⁸, 'øvelsesterapi' eller bare 'øvelser'. Men nu gælder det 'fysisk aktivitet'.

²⁸ ADL: Activities of Daily Living

Vi er et klasserum, hvor temaet er fysisk aktivitet i sundhed og genoptræning. Der er med andre ord ikke noget at diskutere – sundhedsprojektet handler om at være fysisk aktiv, men hvordan kan de kommende fysioterapeuter forstå og udleve den opgave, der ligger i at fremme sundheden gennem fysisk aktivitet? Og hvordan foregår tilblivelsen af særlige forståelser?

Litteraturen til dagene er omfangsrig og består både af medicinske tekster med mulige årsagsforklaringer på sygdomme, tekster om træning i forebyggelse og behandling – adskillige kapitler, tekster om holdtræning og bevægelse samt et oplæg fra 'Mandag morgen' om sundhed og det frie valg (Modulplan C). En del af formiddagens oplæg tager udgangspunkt i KRAM-rapporten²⁹, og underviseren præsenterer viden om evidensniveauer i relation til sammenhænge mellem sygdomme og fysisk inaktivitet (FN: 1). Første del af præsentationen rundes af med, at underviseren opsummerende konstaterer:

".. træning er altafgørende for at forebygge de sygdomme. Underviseren runder af med at sige: Der er god grund til at sige det til vores borgere. At de altså SKAL i gang med at træne".

(FN: 2)

Underviseren har i gennemgangen vist, hvordan fysisk inaktivitet indebærer øget risiko for udvikling af eksempelvis diabetes og hjerte-/karsygdomme (FN: 2). Gennemgangen har legitimeret denne opsummerende og konkluderende bemærkning om, at træning er altafgørende for at undgå sygdom. Selvfølgelig skal borgerne da i gang med at træne. Hvem kan have indvendinger imod det?

Samtidig oplever jeg også, at underviseren har et andet projekt i gang, nemlig et forsøg på at balancere mellem sygdoms- og sundhedsfremmediskurser og bringe andre perspektiver ind i dagens program. Det gør de blandt andet gennem valget af Huset Mandag Morgens udgivelse "Er sundhed et personligt valg?"³⁰ som en del af litteraturen. Der refereres flere gange indirekte til teksten, idet underviseren nævner "at sygdommene har tilknytning til civilisationssamfundet og samfundets udvikling, og taler om, hvordan infrastrukturer kan være med til at facilitere til bevægelse (cykelstier osv.)" (FNB: 7), ligesom hun også på et senere tidspunkt nævner, at "Der ligger også et ansvar på de beslutninger politikerne tager, så det ikke bliver den enkeltes ansvar men et samfundsansvar" (FNB: 7). Herved åbnes diskursivt for andre mulige retninger for

²⁹ For yderligere forklaring: se s. 28

³⁰ Mandag Morgen: "Er sundhed et personligt valg? – et debatoplæg om forebyggelse i Danmark" udgivet af Huset Mandag Morgen og TrykFonden (2006)

forståelse af sundhedsfremmearbejdet som et fælles, demokratisk projekt og ikke udelukkende et individuelt anliggende om at øge sit fysiske aktivitetsniveau.

Det til trods, bliver fysisk aktivitet talt frem som løsningen på de sundhedsproblemer moderne mennesker slås med, hvilket fremgår med al tydelighed her, hvor emnet er motivation og barrierer for at deltage i fysisk aktivitet. Underviseren siger:

"De fysisk inaktive HAR hørt meget om positive effekter og har ofte et stort ønske om at komme i gang med at være aktive. De har også et ønske om at leve op til det, vi tillægger positiv værdi i samfundet i dag – nemlig at et normalt menneske er fysisk aktiv. Vores kultur og vores ideal for kroppen er at være i god fysisk form. Der bliver generelt lagt stor positiv betydning. Mange jobansøgninger indeholder oplysninger om at man har gennemført et marathon fx, hvortil en studerende siger: "Det er også forståeligt nok, da man så har sat sig et mål, som man har gennemført. En anden studerende siger, at "Det viser at man har disciplin til at gennemføre fx en ironman. Man tager et enormt ansvar selv". Underviser afslutter runden med at sige, at "ofte bliver et øget BMI lig med nedsat disciplin. Det handler meget om kontrol, at kunne disciplinere sig selv. Arbejdsgivere vurderer mennesker ud fra disse kriterier".

(FNB: 15)

Underviseren trækker på normer om sundhed og udseende hentet fra en hverdagslig sammenhæng, der stilles ikke spørgsmålstejn ved konsekvenserne af at stræbe efter en norm og blive til 'et normalt menneske'. Gennem underviserens talehandling kategoriseres alle ikke-fysiske aktive som værende udenfor normen og altså her "ikke-normale", hvilket, jeg vil forvente, indbefatter en stor del af de kommende fysioterapeuters patienter. Refleksioner over, hvordan det sundhedsfremmende perspektiv kan tænkes ind i en sådan kategorisering udebliver i situationen. Den studerendes konstruktion af, at fysisk aktive mennesker også er ansvarlige og disciplinerede afstedkommer en kommentar fra underviseren, som jeg vælger at forstå i sammenhæng med det tidligere statement om \uparrow BMI = \downarrow disciplin (FN: 12). Her var det underviserens intention at forstyrre normative forståelser. At hun refererer til det igen, læser jeg som et svar på den studerendes kommentar, hvorved hun stiller positioner til rådighed, hvorfra det bliver muligt at reflektere over det rimelige i udsagnet.

Jeg læser også andet og mere i dette citat, nemlig at fysisk aktivitet handler om 'marathon' og 'ironman', som efter min bedste vurdering, ikke har meget at gøre med den form for fysisk aktivitet, de studerende skal ud at lave med deres patienter. Men konstruktionen af fysisk

aktivitet som værende hård træning, genfindes i de studerendes fortællinger, blandt andet hos Jens, som fortæller:

J: Jeg kunne ikke se mig selv på, øh...., genoptræning.

I: Nej? hvorfor ikke?

J: Det siger mig bare ikke noget. Rigtig. Altså stå... Nej det siger mig bare ikke noget. Det går for langsomt. Det er fordi jeg er vant til selv at træne ekstremt hårdt. Og hvis jeg så skal, jeg var, vi var der i et 10-ugers forløb på sådan en genoptræningscenter, øh.. med gamle mennesker, jeg har ikke noget imod gamle mennesker, det er fint nok at arbejde med dem. Men at lave det der, det var bare så langt under den træning, jeg selv laver, at jeg bliver rastløs og jeg keder mig, Så. Jeg kan ikke helt finde ud af, hvad jeg skal endnu. Og jeg kunne også godt finde ud af, finde på at læse. Eller gå i en helt anden retning.."

(Jens: 5)

Eller hos Peter, som har været i praktik på et plejehjem:

"Jeg tror mine grænser har rykket sig. [...]I starten tænkte jeg fx, at jeg gerne ville arbejde med genoptræning. Ja.. jamen folk, der havde fået operationer, hofteoperationer, knæoperationer, havde været ude for uheld, traumer. Og så kom jeg på plejehjem som den første praktik, og det synes jeg var noget af det værste, jeg nogensinde har oplevet. Fordi det var ikke genoptræning i min verden. Det var bare en eller anden vedligeholdelse, kan man sige. [...] Det var bare at holde døden lidt hen eller... Ja, men det er hårdt at sige[...] når man står med en 97-årig og laver noget træning, så kan jeg jo ikke lade være med at tænke "det bliver jo ikke bedre".

(Peter: 5)

Både Jens og Peter træner meget i deres fritid, blandt andet også marathnløb. Begge fortællinger vidner om en forestilling om, hvordan det fremtidige arbejde med at fremme borgernes sundhed gennem fysisk aktivitet, vil lægge sig ind i de diskursive konstruktioner af 'fysisk aktivitet', som tales frem i undervisningen, og som de genkender fra eget liv. Deres forestillinger er ikke blevet indfriet i det faktiske møde med patienterne, og de studerende konstituerer positioner for borgerne som værende i en træningstilstand, der er 'langt under' deres egen, og

de ældre borgere som værende uden 'håb om forbedring' og som individer, der er i venteposition på døden. For Jens bliver oplevelsen så stærk, at han ligefrem taler om at uddanne sig i en helt anden retning.

Undervisningen byder dog også på helt andre og skæve indfaldsvinkler til forståelsen af fysisk aktivitet. Her er vi i selskab med femten studerende, hvoraf de fire er fysioterapeutstuderende ud af syv mulige. Dagens tema er sundhedspædagogik, og underviseren har initieret en livlig diskussion om 'fysisk aktivitet', et begreb som hun har problematiseret tidligere, som værende et symbol på, hvordan man taler om sundhed i dag; "[hun] siger, at sproget er gennemsyret af det her med sundhed contra sygdom. [...] Vi bruger ordene [...] "fysisk aktivitet i stedet for "leg, bevægelse, dans..."(FNB: 25). Den pågående diskussion handler om børn, der skal have idrætstøj med i skole for at deltage i idræt:

"Underviseren siger, at det er interessant, det her med, at børn skal have idrætstøj med som pligt. Hun kalder det en disciplineringssteknik, som stiller sig til hindrende for målet, som er at komme til at bevæge sig.

Der kommer igen en lang diskussion om hvorfor alle skal i bad efter idræt, og de studerende bringer mange hverdagslige betragtninger på banen, eksempler fra eget eller egne børns liv. Flere synes, det er ulækkert, hvis børnene ikke kommer i bad, når de har trænet. De kan ikke forstå, hvad det er hun mener med, at det er disciplinering – "man skal jo lære det på et tidspunkt". Underviseren forsøger at fastholde et standpunkt om, at normen om at skulle i bad efter idræt er mere vigtig end lysten til at være fysisk aktiv. Hun siger: "Er problemet i Danmark, at børn ikke er fysisk aktive, eller er det, at der går mange beskidte børn rund på gader og stræder?"

(FNB: 25)

Igennem undervisningen stiller underviseren spørgsmålstegn ved de underlæggende forståelser af, hvad fysisk aktivitet er, og hvordan det skal udleveres i praksis. Vi oplever her et eksempel på, hvordan underviserne ind i mellem forsøger at bryde de diskursive konstruktioner af, hvad fysisk aktivitet kan være, herunder andet og mere end træning med vægte og marathondøb. Her introducerer underviseren et begreb som disciplinering, hvilket vækker modstand hos de studerende. Underviseren lykkes altså ikke helt med det projekt, hun er undervejs med, nemlig at åbne for andre og kritiske måder at tænke om regler og selvfølgheder.

7.2 Motiverende arbejde som sundhedsfremmende

I empirien tales ofte om 'motivation' som en afgørende faktor i det sundhedsfremmende arbejde med at få borgerne til at være fysiske aktive. Og det er netop motivationsarbejdet, vi skal høre om i dette afsnit.

At arbejde med sundhedsfremme, primært som fysisk aktivitet, er en krævende proces og vejen til at få projektet til at lykkes er blandt andet igennem motivation. Det er noget, der bliver talt en del om i undervisningen, og i interviewene er det en væsentlig pointe for de studerende at arbejde med. Flere af de studerende nævner motivationsarbejdet som det, der adskiller fysioterapeuter fra andre faggrupper på sundhedsarenaen. Fysioterapeuter kan noget med motivation. Hvordan det konstrueres diskursivt på uddannelsen gennem undervisningen og gennem de studerendes italesættelser, skal vi få en forståelse af her, hvor vi møder Tina, som drømmer om at blive én, som kan "få folk til ligesom at ændre holdning og ændre livsstil til det bedre. Det er sådan én, jeg godt kunne tænke mig at være" (Tina: 13). Tina fortæller om det at arbejde med at motivere:

"Det er sgu svært at finde ud af, hvad det er der motiverer folk. Men det er også sådan noget af det, som jeg synes er virkelig spændende ved, altså ved fysioterapi. At finde folks motivation, sådan så de ligesom, så man kan hive det op af hatten. Lige pludselig at sige "nå, men hvis var det du ville, hvorfor er det så lige, du sidder stille nu. Fordi så kommer du sgu ikke til at opnå det du gerne vil"

I: Nej... Hvad tænker du, at fysioterapeuter kan med det der med motivation?

T: Der tænker jeg, at de kan rigtig meget. [...] Jeg tror det var på et eller andet tidspunkt, jeg havde en eller anden patient. Han sagde det bare nærmest med det samme, jeg hilste på ham, at han ville gerne kunne et eller andet med sine børnebørn, jeg kan sgu ikke huske hvad det var. Hvor jeg så tænkte hmmm..., hvis han på et eller andet tidspunkt er på vej ned ad bakke, så er det bare at sige "jo, men hvis du gerne vil ud at lege med dine børnebørn, synes du så ikke det var en idé, at...".

(Tina: 7-8)

Tina har en ambition om at blive dygtig til at motivere andre mennesker. Hun tænker, det er noget fysioterapeuter er rigtig gode til. Vejen til at drive motivationen frem finder Tina ved at lytte til sine patienter og bruge deres egne formuleringer til at fastholde målene. Dette forstår

jeg som en indirekte reference til redskabet 'Den motiverende samtale'³¹ som de studerende har mødt i undervisningen og som af mange sundhedsprofessionelle anvendes til at hjælpe patienterne til at finde den indre motivation. Jeg hører samtidig, at Tina ønsker at blive en fysioterapeut, der gennem det professionelle arbejde vil lytte og reflektere over det, patienten selv bidrager med og så forsøge at forfølge det.

Også Thomas ser motivationsarbejdet som et vigtigt redskab i det sundhedsfremmende arbejde. Thomas har, ligesom Tina, en forståelse af at det motiverende arbejde ligger i at informere patienten og derefter ræsonnere med vedkommende i forhold til den adfærd, de udviser.

"Jamen, jeg tænker, at jeg har altid haft det sådan, at jeg gerne vil hjælpe mennesker, altså jeg kan godt lide at hjælpe mennesker. Og det er jo, det er jo også det, som holder én i gang, det er jo det der med, at jeg kan jo se, at man kan gøre en forskel, som fysioterapeut ikk'?
[...] At snakke med mennesker og prøve at få dem til at forstå, hvilken situation de sidder i, og hvad de skal selvfølgelig gøre for at det bliver bedre ikk'. [...] At få folk til at indse.."

(Thomas: 4)

Eller i forlængelse heraf:

"At du kan gå ind og sige til dem [] "jamen altså, hvis du ikke gør noget ved det, så kan du ende med at dø af en ny blodprop om... ja indenfor 5 år eller et eller andet, ikk' altså. Og hvor står din familie så. Hvad... du har måske, hvad har du..., 2 børn og de er ikke særlig gamle og du har en kone, som du også efterlader dig. Altså nogle af de her ting, gå ind og spille lidt på de parametre, i stedet for bare at snakke til personen, som om, at []hvis du løber 5 km. om dagen og hvis du ellers holder dig fra alt muligt andet, jamen så taber du dig, [] ... jamen for mange mennesker, så virker det ikke. De skal ha' et eller andet andet, en anden motivation ikk'"

(Thomas: 5)

Thomas fortæller, i tråd med Tina, at han har et ønske om at hjælpe sine patienter til at indse, hvor alvorlige konsekvenser, det kan få, hvis man ikke ændrer sin måde at leve på. Han har de bedste intentioner med sit forehavende om at 'hjælpe mennesker' og derigennem få dem til at 'hjælpe sig selv'. Måden, hvorpå Thomas' vil hjælpe, er gennem erkendelse; han henter de

³¹ Den motiverende samtale: Et samtaleredskab, der er udarbejdet på baggrund af en tese ud om, at mennesker altid er motiveret for noget, men at man godt kan være motiveret for modsatrettede ting. Det er den sundhedsprofessionelles opgave sammen med borgeren at frembringe ambivalenser, så de tydeliggøres (Rosdahl 2014)

motiverende redskaber i information til patienterne, en opremsning af konsekvenserne, hvis de lader stå til. Thomas konnoterer det motiverende arbejde med 'død' og 'at efterlade sig børn og kone'. Thomas' konstruerer diskursivt motivationsarbejdet som nytteløst, hvis det tilgås som en ressourceorienteret tilgang, hvorimod motivation er at 'spille på parametre' som blodpropper og truende død. Tilgangen til motivationen er, hos både Tina og Thomas, meget kognitiv orienteret, hvilket kan ses som en modsætning til en fysioterapeutisk fagudøvelse, som har kroppe og bevægelse i fokus.

Deres tilgang kommer dog ikke ud af det blå. De har i undervisningen flere gange oplevet, hvordan motivation diskursivt er konstrueret som noget med '*ramme dem ved skrue på nogle knapper*' (FNB: 38), eller skabe viden om '*hvad der rammer dem*' (FN: 19) eller at det drejer sig om, at finde ud af, hvor '*vi skal ramme dem*' (FNB: 7). Begrebsligt kan Thomas' og Tinas tilgang til motivationsarbejde anses for at være en udgave af Foucaults pastorale magtudøvelse (Mik-Meyer & Villadsen 2007). Patienten vil gennem bekendelse og fortællinger om det 'syndige' liv, eller gennem den 'syndige krop' blive hjulpet på rette vej af den sundhedsprofessionelle. Ikke gennem direkte påbud, men gennem en 'selverkendelses' proces, hvorved styring til selvstyring kan opnås.

Vejen til at få mennesker til at være fysisk aktive er implicit belagt med forhindringer. Det bliver simpelt hen et projekt op ad bakke, for som Tina siger om sine venner, der hellere vil ligge på sofaen: "*Men jeg ved sgu ikke hvad der skal til, fordi jeg tror bare, at de er for meget livsnydere, et eller andet sted. (ler) De gider sgu ikke, fordi når det bliver hårdt og ubehageligt, så, så er det jo ikke så sjovt mere*" (Tina: 7). Det tales frem i undervisningen i følgende beskrivelse, hvor deltagerne i færd med at diskutere sundhedsbegreber. Her har emnet været Antonovsky's model om Sense of Coherence³², og en studerende fortæller om sin oplevelse med at være handicaphjælper:

"Fortæller hvordan hun i mange år var hjælper for en spastisk fyr. Hun forsøgte at servere god og sund mad for ham, men han havde lyst til noget andet. Han blev mere og mere tyk og kunne mindre og mindre. Hun fortalte ham, at han ville ende i en kørestol – hvilket også er sket nu. Han gik ellers til bowling og kunne gå med 2 stokke, men nu kører han altså rundt. Han gad bare ikke, han var en doven og lad person. Det gav ikke mening for ham at skulle spise sundere. Det var ligegyldigt."

(FNB: 39-40)

³² Sense of Coherence: Oplevelse af Sammenhæng (OAS) – se s. 26

Hertil svarer underviseren, at *"han gad ikke at leve"* og at *"det er ikke alle vi kan hjælpe. Hvis folk ikke vil hjælpes."* (FNB: 40). Her får vi indblik i, hvordan der i forhandlingen, etableres en subjektposition for den studerende, som ligeværdig deltager i konstruktionen af, hvad der kan gøres for at fremme borgernes sundhed. I denne situation trækker den studerende på diskurser om det truende 'forfald', hvis borgeren ikke begynder at ændre sine vaner. Hun har hjulpet ham gennem frembringelse af sund kost og har gjort det klart, hvad han har i vente – hvilket så også er sket. Forklaringen bliver, at borgeren er doven og lad, har lyst til noget andet og afskriver den studerendes råd.

Underviseren konkluderer, at borgeren ikke gad at leve. Herved bliver 'døden' en forklaring på, hvorfor mennesker ikke gør, som de bør – "så må det være fordi man ikke gider at leve". Her møder vi atter døden som tema i motivationsarbejdet, sådan som vi har set det tidligere hos Thomas, som også bruger den truende død som argument

I citatet ovenfor konstrueres i forhandlingen en diskurs om 'information' som et afgørende redskab i det motiverende/sundhedsfremmende arbejde. Hvis vi har informeret, og mennesker ikke hører efter, så vil de ikke hjælpes, og så kan de sundhedsprofessionelle ikke gøre mere.

Den truende død har på nuværende tidspunkt har optrådt en del gange gennem analyserne, og vi møder den igen senere. Jeg vælger derfor ganske kort at inddrage Giddens³³ betragtninger om moderniteten som 'risikosamfund' (Giddens 1996), da jeg mener der er en analytisk pointe i at få teoretisk greb om, hvordan sundhed kan knyttes så stærkt sammen med risiko. Giddens anfører, at viden om risici ikke kan undgås i den moderne verden, og at i et post-traditionelt samfund *"vil en uendelig række af potentielle handlingsforløb (med deres medfølgende risici) være åbne for individer..."* (Ibid: 42). Én af hans pointer er, at livet er orienteret mod fremtiden, og at skulle kolonisere den indebærer en risikovurdering, hvorved individet nødvendigvis må acceptere, at alle situationer kan blive tilfælde, hvor *"tingene går galt"* (Ibid: 213). Vi får hermed en forståelse af, hvordan viden om at undgå sygdom samtidig også indebærer, at man kommer i besiddelse af viden om, at der er en konstant, potentiel fare, hvilket er et fænomen der er indoptaget i den uddannelsesmæssige kontekst og som særligt Thomas har mødt i det konkrete arbejde med at fremme borgernes sundhed.

³³ Anthony Giddens (1938): Sociolog, tidl. Professor ved University of Cambridge, senere direktør for London School of Economics

7.3 Sundhedsfremme: Mellem idealer og muligt handlingsrum

Mange af de udsagn om sundhed, jeg var vidne til i undervisningssituationen kunne ved første øjekast forekomme reduktionistiske og dogmatiske. Det slørede for andre mulige forståelser af, hvad der foregik, men efterhånden, som jeg fik læst mig ind på materialet, begyndte jeg ane, hvordan disse udsagn også kunne være udtryk for de dilemmaer fysioterapeuter står i, når det sundhedsfremmende projekt om at motivere mennesker til at efterleve de officielle sundhedsråd skal omsættes til praksis.

Afsnittet vil vise, hvordan idealer om det åbne, demokratiske sundhedsbegreb kommer til at volde vanskeligheder i den praktiske virkelighed med borgerne. Dette ses, dels i forhandlinger i klasserummet og dels gennem de studerendes fortællinger om oplevelser fra praktikken, som taler sit eget sprog om tvivl, usikkerhed og handlingslammelse i forhold til, hvordan opgaven om at fremme borgernes sundhed skal løses.

På de tre moduler, jeg var deltager i, præsenteres de studerende for Wackerhausens³⁴ åbne sundhedsbegreb (FNB: 12, FNB: 18, FNB: 24) samt begreber om hhv. det moraliserende og det demokratiske paradigme (FNB: 15, FNB: 16, FNB: 24) i sundhedsformidling³⁵. Hvordan det kan tage sig ud, får vi indblik i her, hvor underviseren skal balancere mellem et åbent sundhedsbegreb og en mere snæver forståelse. De studerende introduceres til det åbne sundhedsbegreb i forbindelse med emnet 'Vurdering af deltagere', hvor der er fokus på deltagelse, motivation, barrierer og fysioterapeutens rolle. Underviseren angiver forskellige indfaldsvinkler til at øge motivationen og overkomme barrierer hos borgerne, samt forskellen på at arbejde i et moraliserende contra et demokratisk paradigme. I underviserens præsentation angives, at det moraliserende sundhedsbegreb har et mål om adfærdsændring via moral, og fysioterapeuten er eksperten. Det demokratiske sundhedsbegreb har et mål om at øge handlekompetencer gennem medbestemmelse og anerkendelse, fysioterapeuten er eksperten, men opgaven løses sammen med patienten. Underviseren fortsætter:

"[..]underviser supplerer, at det er vigtigt, at de studerende bliver bevidste om deres egne fordomme om fedme. [...] At kunne spørge ind til, at patienten skal hjælpe jer til at forstå".

³⁴ Steen Wackerhausen: Professor på Institut for Kultur og Samfund, AU. Det åbne sundhedsbegreb: Indebærer, at sundhed skal ses i en subjektiv sammenhæng, hvor det enkelte individ selv skal definere, hvad sundhed er for dette.

³⁵ Jf. Bjarne Bruun Jensen: Professor og leder af Steno Center for Sundhedsfremme

Hertil suppleres med at sige, at det drejer sig om: "Hvor vi skal ramme dem? Skal du væk fra sygdomsrisiko eller skal du lege med dine børnebørn?"

(FNB: 7)

I denne situation læser jeg, at underviseren gennem sine talehandlinger får illustreret et dilemma mellem at skulle arbejde i det demokratiske sundhedsformidlende paradigme på én og samme tid, som man skal 'ramme patienterne' med trusler om død. I forlængelse af det, ser jeg også en afmagt hos underviseren i forhold til det konkrete sundhedsfremmeprojekt. Der er en masse viden om risici og individets eget ansvar for at sundhedsadfærd, der skal tilføres undervisningen samtidig med at idealet om det åbne sundhedsbegreb skal introduceres. Redskaberne til at få det sundhedsfremmende arbejde til at lykkes i praksis er fraværende, og derfor må man ty til trusler for at motivere. Situationen spejler på mange måder de hegemoniske kampe, der optræder i det sundhedsfaglige felt om sundhedsfremmearbejdet som værende ressourceorienteret på én og samme tid, som det er risikoorienteret (jf. kap. 4).

De studerendes fortællinger vidner, på linje med ovenstående om, at modsætningerne mellem idealer om sundhed og sundhedsfremmearbejdet er svære at håndtere. Thomas fortæller her, hvordan det kan opleves at stå med patienternes sundhedsproblemer i praksis, og hvordan det hele bliver meget sværere, når det, han har lært, skal udfoldes i en situation med et andet menneske, der har brug for hjælp:

"Det der med, at hvor går en muskel fra og til, og øhmmmm hvad gør den. Når du bukkes benene, hvad er det så for nogle muskler, der arbejder. Det bliver jo lidt irrelevant, når du kommer ud og skal have med mennesker at gøre og så skal du faktisk forstå personen og prøve at sætte dig ind i, hvordan har de det? Og så alle de andre ting, det er bare noget du skal ... det skal du vide og have med i det hele. Og så lige pludselig så bliver fysioterapi utrolig meget sværere end man lige havde regnet med."

(Thomas: 2)

Tidligere i analysen har jeg vist, hvordan de studerendes fortællinger fra praktikker eller eget liv ikke inddrages i klasserummet, hvorved disse dilemmaer ikke håndteres. Så på én og samme tid, som der i undervisningen skabes diskursive konstruktioner af en åben sundhedsforståelse, så tilbydes der ikke handlemuligheder eller løsninger på dem. Det bliver ej heller muligt at bringe

dilemmaerne op gennem et fælles refleksionsrum, sådan som jeg viste det gennem den indledende analyse om deltagelsesformer (kapitel 5).

Peter tænker, som vi har hørt det tidligere, også meget over det her med sundhedsfremme, fysioterapi og det brede sundhedsbegreb:

"[...]Altså, folk der står på et løbebånd, og hader at løbe, men gør det fordi de vinder 9 ekstra år i sidste ende, det er jo ikke, altså det er jo ikke holdbart for nogen mennesker. Men jeg synes meget sundhedsfremme i dag bygger på det princip.

I: Synes du også, det er det sundhedsfremmebegreb, eller det sundhedsfremmelæring I har her, at det også er det I skal ud at gøre, når I skal arbejde med sundhedsfremme? [...]

P: Nej, men der tænker jeg igen..... Både og. Vi ved jo godt, hvad målet er. Altså målet er – det er i hvert fald min opfattelse – at målet er, at vi ... hvad kan man sige .. er soldaterne i sundhedsvæsenets hær, som skal ud og rette folkene ind (griner lidt). [...] Men jeg synes også, på den anden side, at jeg oplever fysioterapeuter som, og sygeplejersker også, alle sammen har det der ekstra perspektiv på det og siger, jamen det er jo bare én ting af det, men der er jo også noget, noget menneskeligt ved siden af. Men det er mere noget som man selv skal fremavle, det er mere noget man selv skal tænke."

(Peter: 13-14)

Peter problematiserer de forståelser, han oplever som gyldige på studiet. I disse citater får vi et indblik i, hvordan det kan opleves som studerende, når der stilles subjektpositioner til rådighed, hvor den sundhedsprofessionelle fungerer som 'soldat i sundhedsvæsenets hær'. Peter vil gerne arbejde som én, der hjælper mennesker ved bidrage til sundhedsændringer, som er 'holdbare'. De subjektpositioner, der er til rådighed indskrives sig ikke meningsfuldt i sådanne diskurser, hvorved Peter ikke ønsker at underkaste sig dem. Han oplever ikke, at der stilles positioner til rådighed, hvorfra det bliver muligt at inddrage det mere 'menneskelige'. Disse positioner, skal de studerende selv bringe til rådighed, som Peter siger; 'det er noget man selv skal fremavle'. Peters fortælling viser, hvordan man som studerende kan afskrive de diskursive konstruktioner af det sundhedsfremmende arbejde, men at der samtidig ikke stilles andre mulige konstruktioner op. Herved bliver Peters projekt om at lægge sig ind i en bredere forståelse af sundhed til et individuelt anliggende, han må løse med andre midler end de, der kan opnås gennem uddannelsen.

Til slut skal vi se, hvordan de studerende arbejder med forskellige adfærdsændringsmodeller. Underviseren har gennemgået, hvordan de enkelte modeller bruges, og efterfølgende er jeg med

i snakken om, hvordan en af grupperne kan bruge en model i deres projekt. Her er et indblik i, hvordan snakken i gruppen gik om sundhed og tiltag til at fremme sundheden:

"Én af grupperne spørger mig om, jeg ikke kan forklare, hvad det er de skal lave. De forstår ikke skemaet og én af deltagerne går i stedet i gang med at forklare mig, hvad deres projekt handler om. Han siger, at de har talt med 2-3 brandstationer,..[.], de har en fornemmelse af, at brandmændene ikke vil testes[...]. Hun siger: "Det kun er dem, der er i god form, der har svaret. Men det er jo de andre vi vil have fat i". [...] En af fyrene i gruppen fortæller, at "halvdelen af brandmændene er fit og i god form. Den anden halvdel er fede, og når vi spørger dem, så har de alle sammen sagt nej til at de har sundhedsproblemer. Men vi kan se på dem, at de er usunde". "Ja" svarer pigen "og man skulle mene, at det kræver en del at være brandmand. Jeg mener, de skal jo kravle ind af vinduer og redde mennesker ud af et brændende hus"."

(FNB: 23)

De studerendes fortælling om at skulle arbejde med sundhed og sundhedsfremme vidner om kendte dilemmaer fra praksis. De studerende vil helst i kontakt med de af brandmændene, som er overvægtige. Men brandmændene vil ikke deltage i de studerendes bestræbelser på at lave sundhedsfremme gennem testning og træning. De studerende er rådvilde og ansvaret for kontakten flyttes over på de potentielle deltagere; man kan jo se på dem, at de har brug for hjælp. Men de studerende ved ikke, hvordan de skal gribe det an. Arbejdet med adfærdsmodellerne volder dem vanskeligheder, da den model, som underviseren var fortaler for, måske ikke kan virke, fordi det ligner noget brandmændene allerede har prøvet (FN: 20). På trods af de konkrete handlingsanvisninger, er de studerende stadig overladt til at tænke sundhedsfremme som en intervention, hvor modtageren mangler viden og de sundhedsprofessionelle kan hjælpe dem gennem et tiltag om fysisk aktivitet. Motivation for deltagelse kan hentes gennem anvendelse af adfærdsændringsmodeller, der skal få deltagerne til at handle, fordi de forstår risikoen for sygdom og tidlig død, hvis handling udebliver.

7.4 Opsummering

Analyserne i dette sidste afsnit har vist, hvordan arbejdet med sundhedsfremme i en fysioterapeutisk sammenhæng handler om at få borgerne til at være fysisk aktive. I undervisningsrummet tales om fysisk aktivitet og vigtigheden heraf for at forebygge sygdomme, særligt sygdomme som diabetes og hjerte-/karsygdomme. At være fysisk aktiv bliver

konstrueret som 'normalt' og som 'ansvarligt og disciplineret', hvorved det altså bliver muligt at være 'ikke-fysisk aktiv og dermed uansvarlig og udisciplineret', hvilket er 'unormalt'. Diskursive konstruktioner af 'fysisk aktivitet' bliver gennem den sociale praksis til 'marathon', 'ironman', 'hård træning', hvilket er fjernt fra det arbejde, de studerende skal ud at fungere i – både i den kliniske del af uddannelsen, men også efter endt uddannelse. Vi ser da også, hvordan det at træne med 'ældre' bliver konstrueret som et håbløst projekt, der ikke levner plads til forbedring, og hvorom det kan siges at alderdommen er en 'venteposition til døden'. Samtidig har analyserne også vist andre muligheder, hvor underviserne, sammen med de studerende, kan ironisere over disciplineringsprojektet og tale fysisk aktivitet frem som andet og mere en hård træning.

Jeg har gennem analysen vist, hvordan den sundhedsfremmende opgave forventes forløst gennem motivationsarbejde, som tales frem en fornem og vigtig opgave. En opgave som fysioterapeuter har en særlig kompetence for. I analysen, ser vi, hvordan det motiverende arbejde hovedsagligt består i at informere om konsekvenserne ved at være fysisk inaktiv. Sundhedsfremmende arbejde som motivationsarbejde bliver hovedsagligt knyttet til alt det 'farlige', som sker, hvis man undlader at blive motiveret; sygdom, død, tab af familie blandt meget andet. Denne diskurs konstitueres gennem undervisningen både af undervisere og studerende.

Slutteligt viser analysen også, hvordan der gennem uddannelsen skabes diskursive konstruktioner af sundhedsfremme som hvilende på et åbent sundhedsbegreb, hvor den enkelte selv definerer, hvad sundhed er. Hvordan det sundhedsfremmende arbejde kan tage sig ud gennem sådan en forståelse håndteres ikke i den del af undervisningen, jeg har deltaget i, og den konkrete udmøntning af hvordan programsatte dagsordener om fysisk aktivitet som sundhedsfremme i kombination med en tænkning, hvor det åbne sundhedsbegreb er fundamentet forbliver uforløst i uddannelseskonteksten.

Kapitel 8 – Konklusion

I dette speciale spørger jeg til, hvordan de studerende på fysioterapeutuddannelsen får mulighed for at orientere sig mod at blive sundhedsfremmende professionelle, og hvilke forståelser af sundhed og sundhedsfremme, der muliggøres i uddannelseskonteksten. Jeg har dels gennem analyser af dokumenter, dels gennem et kvalitativt studie på uddannelsen undersøgt konstruktioner af begrebet med det udgangspunkt, at uddannelse er en kontekst, hvor grundlæggende forståelser etableres. På baggrund af observationer og interviews har jeg ridset op, hvordan deltagelses- og inddragelsesdimensioner i undervisningen samt de studerendes oplevelser af sig selv som fremtidige sundhedsprofessionelle får betydning for konstruktionerne af sundhedsfremme som begreb og i det professionelle arbejde.

Sigtet har været, med afsæt i læringsrummet og i de studerendes subjektiveringsprocesser imod det sundhedsfremmende arbejde, at bidrage til diskussionen om, hvordan de fremtidige fysioterapeuter gennem deltagelse i studiet konstruerer særlige forståelser af, hvad sundhed og sundhedsfremme er og kan være, og dermed også hvad den professionelle fysioterapeutiske praksis handler om. Derigennem har jeg søgt at belyse forhold, der kan være medvirkende til at feltet fortsat kritiseres for ikke at have udviklet tilstrækkelig følsomhed overfor menneskers levede liv samt evnet at inddrage sociokulturelle dimensioner i tilstrækkelig grad.

Jeg har i specialet vist, hvordan læringsrummet er indlejret i kontekster hvori hegemoniske kampe om retten til at tilskrive sundhed og sundhedsfremmearbejdet betydning udkæmpes - både i forhold til sundhedspolitiske prioriteringer, i forhold til sundhedsfaglige kampe om anerkendelse og kompetencer samt uddannelsespolitiske kampe om retningen for sundhedsuddannelserne. I det fysioterapeutfaglige felt ses, hvordan uddannelsen i stigende grad orienterer sig mod en akademisering og evidensbaserings, som anses for attråværdige kvaliteter i det sundhedsfaglige felt.

På uddannelsen skal underviserne orientere sig mod den nationale studieordning, hvor sundhedsfremme hovedsagligt knyttes til fysisk aktivitet på én og samme tid som de studerende skal udvikle forståelser for sociale, kulturelle og institutionelle forholds betydninger for sundheden samt arbejde på at udvikle professionel forståelse af sig selv. I undervisningen skal der lægges vægt på en studentercentreret og erfaringsinddragende undervisningsform.

Jeg har i analyserne vist, at underviserne forsøger at tage dette opdrag alvorligt, og at de fortløbende inviterer til diskussioner og forhandlinger i klasserummet. Det til trods ses, at de studerendes indlæg ofte ikke finder vej til et egentligt fælles refleksionsrum, fordi de overhøres

eller ikke udfordres i rummet. Jeg har vist, hvordan diskurser om socioøkonomiske forhold og sundhedsforhold, der ikke relaterer sig til KRAM-faktorerne, ikke konstitueres som reelle sundhedsudfordringer. Til gengæld peger analyserne på, at de studerende i undervisningen italesættes som værende særligt privilegerede i en sundhedsmæssig forstand, og derigennem forskellig fra deres fremtidige patienter. Herved vanskeliggøres erfaringsinddragelse, der bryder med sådanne diskursive konstruktioner af de studerendes sundhedstilstand- og adfærd.

Denne konstituering af de studerende som særlige sundhedsrepræsentanter bidrager de også selv til gennem praktiseringer af sund adfærd på studiet. Langt hovedparten afholder sig fra fester med alkohol og rygning, mødes om sunde aktiviteter, træner meget og spiser sundt. Derigennem etablerer de studerende tilsvarende ekskluderende positioner for eksempelvis overvægtige medstuderende og andre med en sundhedsadfærd, der bryder med KRAM-diskurserne. De studerendes privilegerede sundhedspositioner synes at indebære retten til at stille sig uforstående og fordømmende overfor individer, der repræsenterer 'ikke-passende' sundhedsadfærd.

Til gengæld er det ikke omkostningsfrit for de studerende kontinuerligt at konstituere sig som særligt sunde. Det kræver hyppig, til tider daglig, træning og konstant arbejde på kroppen, ligesom det betyder, at de oplever et særligt ansvar for andres sundhedstilstand, hvorved de pålægger sig selv løbende at opfordre venner og familie til at ændre livsstil.

Analyserne peger på, at såvel studerende som undervisere pålægger fysioterapeuter et særligt ansvar for at repræsentere sundhed i en forståelse, der læner sig op ad KRAM-rapportens anbefalinger. Det skal gøres ved at holde sig slank, i god fysisk form samt afholde sig fra eksempelvis rygning. Herved konstrueres i uddannelseskonteksten et implicit professionsideal, som knytter sig til de fysioterapeutiske kroppe.

Konstruktionerne af sundhed og sundhedsfremme etableres således i læringsrummets konglomerat af ovenstående processer og konstruktioner. Det faglige indhold i undervisningen orienterer sig mod sundhedsmyndigheders rapporter og anbefalinger, hvor sociologiske perspektiver hentes i tal og tabeller, hvor relationer mellem køn, alder, geografi og sundhedsfakta er dominerende. Hvordan de strukturelle forhold kan tænkes ind i det konkrete sundhedsfremmende arbejde, kommer i undervisningen til at handle om at adressere den enkelte borgers livsstil, særligt i forhold til fysisk aktivitet. Når de studerende forsøger at bringe nogle af disse faktorer i spil, eksempelvis økonomiens betydning for mulighederne for at leve det sunde liv, så bliver det ikke imødekommet i diskussionerne som legitime emner at inddrage i relation til sundhedsfremme. Samtidig skal de studerende orientere sig mod en forståelse af sundhed, der

hviler på et bredt, positivt og salutogenetisk perspektiv, hvilket kan siges at være i opposition til en afvisning af at inddrage socioøkonomiske faktorer.

Fysisk aktivitet bliver i undervisningen diskursivt konstrueret som 'hård træning', 'marathon' og 'ironman', hvilket er langt fra de oplevelser de studerende har i deres praktikforløb. Her møder de gamle, svækkede mennesker, der skal trænes eller 'vedligeholdes'. Denne form for træning konstrueres af de studerende som 'langt under niveau' og 'alderdommen' som en udsigtsløs venteposition til døden. De studerende har meget svært ved at se sig selv som sundhedsfremmende professionelle i forhold til den form for fysisk aktivitet.

Til gengæld ser de studerende en fornem opgave i den del af det sundhedsfremmende arbejde som handler om at kunne motivere borgerne til at ændre adfærd. Dette finder de hovedsagligt redskaber til gennem information og vejledning om risikofaktorerens indflydelse på sygdomsudvikling.

I undervisningsrummet bliver det – trods intentionerne herom – vanskeligt at omsætte de studerendes erfaringer og oplevelser fra eget liv og fra praktikforløb til egentlige fælles refleksionsrum, hvori den praktiske udmøntning af det sundhedsfremmende arbejde kunne diskuteres. Herved overlades de studerende til selv at foretage en egentlig omsætning af de diskursive konstruktioner til konkrete praktiseringer af sundhedsfremme.

Samlet set, bliver uddannelseskonteksten således illustrerende for de hegemoniske kampe, der kæmpes i det sundhedspolitiske- og faglige felt omkring sundhedsfremme i praksis.

Når sundhedsfremmearbejdet reduceres til at omhandle risikofaktorer og adfærdsændringer i forhold til fysisk aktivitet, risikerer de fremtidige fysioterapeuter at overse væsentlige medvirkende faktorer i det sundhedsfremmende arbejde. Dette strider imod intentionerne i studieordningen såvel som intentionerne i regeringens nyligt fremlagte sundhedsprogram (Regeringen 2014), hvor social ulighed i sundhed nævnes først som et af de forhold, der skal adresseres i årene fremover. En sådan snæver tilgang til praktiseringen af sundhedsfremme kan i værste fald medføre, at de professionelles bestræbelser på at fremme borgernes sundhed, paradoksalt nok ender med at blive forhindringen for et positivt resultat.

Kapitel 9 – Afslutning

I dette afsluttende kapitel vil jeg udfolde nogle af de perspektiver, jeg finder centrale for diskussionen omkring fysioterapeutuddannelsens praktiseringer og forståelser af sundhed og sundhedsfremme. Jeg vil diskutere, hvordan mine resultater kan bidrage til at få blik for, hvordan det at deltage i en sundhedsuddannelse får effekter i de studerendes liv, hvilke betydninger det kan få, samt hvilke udfordringer omgangen med samfunds- og humanvidenskabelig viden i læringsrummet medfører.

Specialet viser, at uddannelsens omgang med begreberne sundhed og sundhedsfremme får afgørende betydning for de studerendes praktiseringer af sundhed på egen krop. De pålægges og pålægger sig selv særlige forpligtelser til at tage de herskende sundhedsdiskurser på sig og udleve dem i eget liv. Herved disciplineres og disciplinerer de studerende sig selv i retning af et implicit professionsideal, der handler om at være slank og veltrænet. Det har altså ret så indgribende effekter i de studerendes egne liv, og spørgsmålet er, om det er vejen til at fremme andre menneskers sundhed?

Jeg vil hævde, at denne disciplinering kan ses som et udtryk for 'professionaliseret selvstyring' (Dahlager 2001), hvor fysioterapeuterne styres mod et særligt sundhedsideal for derigennem at blive styrende for deres patienter. Anskuet således er de studerende, på linje med deres fremtidige patienter, objekter for styring af sundhedsadfærd. Denne betragtning ligger tæt op ad Dahlagers, som samtidig påpeger, at faren herved blandt andet kan være, at de sundhedsprofessionelle (her: fysioterapeuter) i fremtiden kan drages til ansvar for patienternes livsstil, såfremt de ikke selv fremtræder som gode rollemodeller (ibid: 100).

En anden konsekvens af dette store fokus på de studerende og fremtidige fysioterapeuters sundhed, er, at det bliver en måde at undgå det allestedsnærværende spørgsmål, nemlig: Hvordan skal fysioterapeuter i det konkrete møde med rigtige, levende mennesker forholde sig til arbejdet med at fremme menneskers sundhed? Og er det muligt, hvis tilgangen udelukkende er kropslig og biomedicinsk orienteret?

Analyserne peger på, at læringsrummets omgang med evidensbegrebet knytter sig udelukkende til biomedicinsk viden. Samtidig er der en herskende forståelse af, at evidensbaseret praksis vil bane vejen til anerkendelse såvel i det sundhedsfaglige felt, som i samfundet generelt.

Inddragelse af viden om sociale determinanter betydning for sundhed ses ikke i undervisningen, og hvis de studerende bringer socioøkonomiske argumenter ind i klasserummets forhandlinger, bliver det ofte overhørt eller bagatelliseret.

Set i det perspektiv, bliver det forståeligt, hvorfor praksisfeltet til stadighed kritiseres for at fastholde biomedicinske og individorienterede tilgange. Andre mulige dimensioner er, i den uddannelse fysioterapeuterne har deltaget i, ikke legitime årsagsforklaringer på menneskers sundhedsproblemer.

Jeg mener, at såfremt det skal blive muligt at inddrage disse faktorer på linje med viden om fysiske og kropslige forankrede årsagsforklaringer, så må der først og fremmest sikres læringsrum, hvori diskursive konstruktioner af disse dimensioners determinerende effekter for sundheden bliver legitime og mulige at tale om. Det vil indebære, at underviserne, i højere grad end det ses i resultaterne af dette speciale, knytter undervisningen an til den solide viden, der foreligger omkring ulighed i sundhed og samtidig sikrer et reflekterende og inddragende læringsrum, hvor de studerendes fortællinger fra eget liv og praktikforløb tages op i et forhandlende fællesskab.

Referencer

- Antonovsky A. (1996): "The salutogenic model as a theory to guide health promotion" (Paper based on presentation at the WHO seminar on 'Theory in Health Promotion: Research and Practice', Copenhagen 2-4 September 1992), Health Promotion International, 1996, Vol. 11, No. 1: 11-18
- Aukrust V. G. (1998): "Om Bruners forfatterskab rekonstruktion af en konstruktivist", forord i Bruner, J. (1998): "Uddannelseskulturen", Socialpædagogisk Bibliotek, Munksgaard, s. 7-35
- Boll M. & Boström-Lindberg E. (2010): "Physiotherapists' understanding and approach to health promotion work in compulsory school: Perceiving and supporting coherence" i "Physiotherapy Theory and Practice" 26(5), 318-326.
- Brinkmann S & Tanggaard L. (2010): "Kvalitet I kvalitative studier" i: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) (2010): "Kvalitative metoder", Hans Reitzels Forlag, s. 489-500
- Bruner, J. (1998): "Uddannelseskulturen", Socialpædagogisk Bibliotek, Munksgaard
- Bruner J. (1999): "Mening i handling", Forlaget Klim
- Dahlager L. (2001): "I forebyggelsens magt" i "Distinktion: Scandinavian Journal of Social Theory" 2:3, 91-102.
- Danske Fysioterapeuter (2013): Politik for forskning og professionsudvikling: <http://fysio.dk/org/Det-mener-vi/Politikker1/Politik-for-forskning-og-professionsudvikling/> (7/6-14)
- Danske Fysioterapeuter (2006): Speciale i sundhedsfremme og forebyggelse: <http://fysio.dk/fafo/Specialistordningen/specialer/Displays/> (6/6-14)
- Davies B. (2006): Subjectification: The Relevance of Butler's Analysis for Education" i "British Journal of Sociology of Education", vol. 27, no. 4. Troubling Identities: Reflection on Judith Butler's Philosophy for the Sociology of Education (Sep. 2006), s. 425-438
- Davies B. (2009): "Introduction" i: Davies B & Gannon S. (Eds): "Pedagogical encounters", Peter Lang, s. 1-16
- Davies B. & Harré R. (1990): "Positioning: The discursive Production of Selves" i "Journal for the theory of social behavior", vol. 20, no. 1: 43-63
- Det Nationale Råd for Folkesundhed (2006): "Giv borgerne et KRAM"
- Delany C & Watkin D. (2009): "A study of critical reflection in health professional education: 'learning where others are coming from'" i "Advances in Health Sciences Education", 2009, 14: 411-429

- Dybbroe, B. og Kappel, N. (2012): "Ulighed i sundhed – et sundhedsfremmeperspektiv på socialt udsattes adgang til sundhed " i Dybbroe, B., Land, B. og Nielsen S. (red) (2012): "Sundhedsfremme i et kritisk perspektiv", Forlaget Samfundslitteratur, s. 40-54
- Dybbroe B., Land, B. og Nielsen, S.B. (2012): "Sundhedsfremme i et kritisk perspektiv", Forlaget Samfundslitteratur
- Esmark A., Laustsen C. & Andersen N.Å. (2005a): "Poststrukturalistiske analysestrategier – en introduktion" i Esmark A., Laustsen C. & Andersen N. Å. (red.) (2005): "Poststrukturalistiske analysestrategier", Roskilde Universitetsforlag, s. 7-39
- Esmark A., Laustsen C. & Andersen N.Å. (2005b): "Socialkonstruktivistiske analysestrategier – en introduktion" i Esmark A., Laustsen C. & Andersen N. Å. (red.) (2005): "Socialkonstruktivistiske analysestrategier", Roskilde Universitetsforlag, s. 7-30
- Foucault M. (1980): "Talens forfatning", Bibliotek Rhodos 1980
- Foucault M. (2003): "The subject and power " i: Rabinow P. & Rose N. (ed.): "The essential Foucault", The New Press, s. 126-144
- Giddens, A. (1996): "Modernitet og selvidentitet", Hans Reitzels forlag, 1996
- Grace S. & Trede F. (2013): "Developing professionalism in physiotherapy and dietetics students in professional entry courses" i "Studies in Higher Education", 2013, Vol. 38, No. 6: 793-806
- Green J. & Tones K. (2010): "Health Promotion. Planning and strategies", Sage Publication
- Guldager, A. (2013): "Motivationen daler ved mødet med virkeligheden", Fysioterapeuten, 2013, nr. 4: 14-17
- Guldager A. (2014): "De vil hellere til København", Fysioterapeuten, 2014, nr. 1
- Hansen H. L. (2005): "Litterær erfaring og dialogisme", Museum Tusulanums Forlag, Københavns Universitet
- Harré R. & Van Langenhove L. (1999): "The Dynamics of Social Episodes" i Harré R. & van Langenhove L. (ed.) (1999): "Positioning Theory", Blackwell Publishers
- Hiim H. & Hippe E. (2005): "Didaktik for fag- og professionslærere", Gyldendal
- Higgs J., Hunt A., Higgs C. & Neubauer D. (1999): "Physiotherapy Education in the Changing International Healthcare and Educational Contexts" i "Advances in Physiotherapy", 1999, 1: 17-26
- Højvang A. (2005): "Fysioterapien i bevægelse og forandring – men hvordan og hvorhen?" i Eriksen T.R. & Jørgensen A. M. (red.) (2005): Professionsidentitet i forandring, Akademisk Forlag, s. 131-143
- Illeris K., Katznelson N, Nielsen J.C, Simonsen B. & Sørensen N.U. (2009): "Ungdomsliv. Mellem individualisering og standardisering", Samfundslitteratur

- Jensen T.K. & Johnsen T.J. (2000): "Sundhedsfremme i teori og praksis", Philosophia, 2. udg. 9. oplag, 2006
- Johansen M.B. & Frederiksen L.L. (2013): "Teori og praksis i de danske professionsuddannelser", Nordisk Børnehaveforskning, Vol. 6, nr. 5, s. 1-12
- Järvinen M. & Mik-Meyer N. (2005): "Observationer i en interaktionistisk begrebsramme" i: Järvinen M. & Mik-Meyer, N. (red.) (2005): "Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv", Hans Reitzels Forlag, s. 97-120
- Järvinen M. & Mik-Meyer N. (2005): "Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv", Hans Reitzels Forlag
- Jørgensen M.W. & Phillips L. (1999): "Diskursanalyse som teori og metode", 1. udg. 1999, 7. oplag 2010, Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag
- KL 2010: Notat "Status for og afdækning af de foreløbige erfaringer med sundhedscentre"
[http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_41367/scope_0/ImageVaultHandler.aspx\(9/7-14\)](http://www.kl.dk/ImageVault/Images/id_41367/scope_0/ImageVaultHandler.aspx(9/7-14))
- KL 2014: "Next practice – Udvikling af det nære sundhedsvæsen gennem bedre sundhedsuddannelser", KL 2014
- Kickbusch I. (1996): "Tribute to Antonovsky: 'What creates health'", Health Promotion International, 1996, Vol. 11, No. 1: 5-6
- Kjær M. (2010): "Uddannelsen i fysioterapi bør ændres: En unik mulighed" i Fysioterapeuten nr. 11, 2010
- Kjærgaard K. (2008): "Større pres på praktikken", Fysioterapeuten, 2008, nr. 7: 20-21.
- Larsen K. (2008): "Om Sundhedsprofessionernes kamp" i: Petersen, K.A. & Høyen, M. (red.) (2008): "At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu – æresbog til Staf Callewaert", Forlaget Hexis, s. 295-321
- Lehn-Christiansen S. (2011): "I Sundhedens Tjeneste? ", ph.d. afhandling, Forskerskolen i livslang læring, Roskilde Universitet
- Lindquist I., Engardt M., Garnham L., Poland F. & Richardson B. (2006): "Physiotherapy students' professional identity on the edge of working life" i "Medical Teacher", 2006, vol. 28, no. 3: 270-276
- Lindquist I., Engardt M., Richardson B. (2004): "Early learning experiences valued by physiotherapy students" i "Learning in Health and Social Care", 3, 1: 17-25
- Litchfield R. & MacDougall C. (2002): "Professional issues for physiotherapists in family-centered and community-based settings" i "Australian Journal of Physiotherapy", 2002, vol. 48: 105-112
- Lund H., Bjørnlund I.B. & Sjöberg N.E. (2010) – "Basisbog i fysioterapi" , Munksgaard Danmark

- Madsen U. A. (2003): "Pædagogisk Etnografi – forskning i det pædagogiske praksisfelt", Forlaget Klim
- McQueen D. et al (2007): "Health & modernity, The role of theory in health promotion", Springer
- Mik-Meyer N. & Villadsen K. (2007): "Magtens former", Hans Reitzels Forlag
- Otto L. (2009): "Sundhed i praksis" i Glasdam S. (red.) (2009): "Folkesundhed i et kritisk perspektiv", Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s.32-53
- Paarup B: "Introduktion. Forskning i sygdom og samfund", Tidsskrift i Forskning i Sygdom og Samfund, nr. 1, 2004 s. 5-19
- Pedersen K.B., Nielsen S.B. og Land B. (2012): Behovet for teorier om sundhedsfremme i: Dybbroe B., Land B., Nielsen S. B. (red.)(2012): "Sundhedsfremme i et kritisk perspektiv", Forlaget Samfundslitteratur s. 27-39
- Perreault K. (2008): "Linking health promotion with physiotherapy for low back pain: a review" I "Journal of Rehabilitation Medicine", 2008, 40: 401-409
- Potvin L & McQueen D.V. (2007): "Modernity, Public Health and Health Promotion" i McQueen et al (2007): "Health & Modernity, The role of theory in health promotion", Springer, s. 12-20
- Porter S. (2005): "Dictionary of Physiotherapy", Butterworth Heinemann Edinburgh 2005
- Regeringen (2002): "Sund hele livet"
- Regeringen (2009): "Sundhedspakken"
- Regeringen (2014): "Sundere liv for alle – nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år"
- Retsinformation (2008): www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=120781 (9/7-14)
- Richardson B., Lindquist I., Engardt M. & Aitman C. (2002): "Professional socialization: students' expectations of being a physiotherapist" i "Medical Teacher", vol. 24, No. 6: 622-627
- Rod M. H. (2014): "Forebyggelsespakker og tværfaglighed", Ugens tal for folkesundhed, uge 4, 2014, SFI: Statens Institut for Folkesundhed
- Rosdahl G. (2014): "Introduktion: Den motiverende Samtale"
[http://www.denmotiverendesamtale.dk/Introduktion til Den Motiverende Samtale.pdf](http://www.denmotiverendesamtale.dk/Introduktion%20til%20Den%20Motiverende%20Samtale.pdf)
(9/7-2014)
- SFI: Statens Institut for Folkesundhed (2009): "KRAM-undersøgelsen i tal og billeder", Ministeriet for sundhed og forebyggelse samt TrykFonden. Udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU 2009
- Socialstyrelsen (2013): "National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen", Socialstyrelsen 2013

- Staunæs D. & Søndergaard D.M. (2005): "Interview i en tangotid" i: Järvinen M. og Mik-Meyer N. (red.) (2005): "Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv", Hans Reitzels Forlag, s. 49-72.
- Stormhøj C. (2004): "Feministisk teori" i Fuglsang L. & Olsen P.B.: "Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne - på tværs af fagkulturer og paradigmer", Roskilde Universitetsforlag 2004, s. 473-516
- Stormhøj C. (2006): "Poststrukturalismer – videnskabsteori, analysestrategi, kritik", Forlaget Samfundslitteratur
- Studieordningen: ucsj.dk/uddannelser/fysioterapeut/studieordning-love-og-evalueringer/ (30/6-2014)
- Sundhedsstyrelsen (1999): "Folkesundhedsprogrammet 1999-2008" i Vital – Tidsskriftet for forebyggelse, nr. 2, 1999
- Sundhedsstyrelsen (2009): "Etik i forebyggelse og sundhedsfremme", Sundhedsstyrelsen
- Sundhedsstyrelsen (2010): "Sundhedsprofil 2010", www.sundhedsprofil2010.dk/Pages/Home.aspx
- Sundhedsstyrelsen (2011): "Ulighed i sundhed – Årsager og indsatser", Sundhedsstyrelsen
- Søndergaard D.M. (2003): "Subjektivering og nye identiteter – en psykologi i et pædagogisk felt" i "Kvinder, Køn & Forskning" nr. 4, 2003, s. 31-47
- Søndergaard D.M. (2005): "At forske i komplekse tilblivelser – kulturanalytiske, narrative og poststrukturalistiske tilgange til empirisk forskning" i: Bechmann Jensen Torben og Christensen Gerd (red.) (2005): "Psykologiske og pædagogiske metoder – kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis", Roskilde Universitetsforlag, s. 233-267
- UC: <http://www.uc-dk.dk/da/hvem-er-vi-ny/organisation.html> (9/7-2012)
- UCN (2011), Fysioterapeutuddannelsen: "Pædagogisk grundsyn og retningslinier – et tillæg til den nationale studieordning" (http://www.ucn.dk/Forside/Uddannelser/Fysioterapeut/Om_uddannelsen/Studieordning_og_regelgrundlag.aspx) (9/7-2014)
- UFM; Uddannelses- og Forskningsministeriet (2014): "Kvalitet, relevans og sammenhænge i forhold til de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser" http://ufm.dk/uddannelse-og-institutioner/rad-naevn-og-udvalg/kvalitetsudvalget/bidrag-til-udvalget/faelles-indspil_danske-professionshøjskoler-og-sundhedskartellet.pdf (9/7-2014)
- Ugebrevet Mandag Morgen (2006): "Er sundhed et personligt valg? Et debatoplæg om forebyggelse i Danmark", Huset Mandag Morgen og Trygfonden (2006)
- UVM; Undervisningsministeriet 2001: Reform af de mellemlange videregående uddannelser
- Vallgård S. (2009): "Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse" i Glasdam S. (red.) (2009): "Folkesundhed i et kritisk perspektiv", Dansk Sygeplejeråd, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, s. 95-113

- WHO (1986): "The Ottawa Charter for Health Promotion"
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (9/7-14)
- WHO (1948): <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Willig C. (2001): "Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in theory and method", UK: Open University Press
- Wise M. & Nutbeam D. (2007): "Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services?" I Promotion & Education, 2007
- Wood R., Fortune T. & McIntyre C. (2013): "Perspectives of occupational therapists working in primary health promotion" i: "Australian Occupational Therapy Journal" (2013) 60: 161-170
- Åkerstrøm Andersen N. (1999): "Diskursive analysestrategier", Nyt fra Samfundsvidenskaberne

Bilag 1 - Observationsguide

Tid	Rum	Hvad siges	Hvem taler	Hvad gøres	Stikord til interview

Bilag 2 – Interviewguide

- Start med at fortælle mig hvordan det gik til, at du blev fysioterapeut?
- Nu er du 1½ år inde i uddannelsen. Har det levet op til dine forventninger? Hvordan tænker du om det? Har det ændret billedet?
- Uddannelsen til fysioterapeut har med sundhed at gøre. Hvad tænker du om sundhed? Hvad er det for dig?
- Qua uddannelsen har du så fået en anden opfattelse af sundhed nu ift. til tidligere?
- Under uddannelsen har I også snakket om begreberne sundhedsfremme og forebyggelse? Hvilken betydning har de begreber for dig?
- Er din opfattelse af de begreber blevet anderledes gennem uddannelsen
- En af de dage, jeg deltog i undervisningen havde I en snak om, hvordan I som studerende er helt forskellige fra jeres målgruppe. Hvad tænker du om det?
- Hvordan har du kunnet bruge din viden om sundhed og sundhedsfremme i de praktikforløb, du har været i indtil videre?