

Når det omsorgsfulde menneske spænder ben

Om paradokset i implementeringen af sund livsstil blandt udsatte borgere.

»At man, naar det i Sandhed skal lykkes én at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er og begynde der.«

Søren Kierkegaard

Ovenstående citat er nedskrevet af Søren Kierkegaard i 1859. Kierkegaard understreger, at vi først og fremmest må finde individet der, hvor han er, og begynde der. Det betyder, at respekten for mennesket som et enestående individ samt medmenneskelighed er centrale begreber, hvis man skal gøre noget for andre. Hvad Kierkegaard ikke vidste dengang, var, at netop denne formulering ville få altafgørende betydning som en af grundpillerne i det moderne sociale arbejde, som vi kender det i dag. Det moderne sociale arbejdes ideal er at møde mennesket der, hvor han er – at møde ham i øjenhøjde. Om end der altid vil være en magtforskel i dette møde, handler det om ikke at overbyde individet, men derimod at bane vejen for egne valg og beslutninger. Dog har tidligere forskning vist, at denne tankegang forårsager en række paradokser i det sociale arbejde på grund af de politiske retningslinjer og krav til socialarbejderen, som i lige så høj grad er afgørende for det sociale arbejde i dag (Mik-Meyer, 2002, 2004 og Villadsen, 2003, 2004). Socialarbejderen kommer til at stå i



AF
STINE
FRYDENDAL
NIELSEN

dilemmaet mellem at skulle agere som den opdragende og den omsorgsfulde.

Nærværende artikel bygger på min specialeafhandling *Det sympatiske paradoks i mødet mellem system og borger* (Nielsen, 2009) ved Institut for Idræt, Københavns Universitet, og er en diskussion af undersøgelsens væsentligste fund. Selve dataindsamlings- og analysemetoden vil ikke blive gennemgået yderligere, men diskussionen bygger på undersøgelsens empiriske datamateriale, som er indsamlet ved hjælp af observationer samt fem kvalitative interviews.

NYE KRAV TIL DET SOCIALE ARBEJDE

I de senere år er sundhedspolitikken blevet væsentligt mere toneangivende i den danske velfærdspolitik. Med *Sund hele livet* (Regeringen, 2002) nedsatte den danske regering nogle kon-

krete målsætninger for den danske folkesundhed frem til 2010. Især problematiseredes den sociale ulighed i sundhed, som man ønskede reduceret, hvis målsætningerne for den nationale folkesundhed skulle nås (Regeringen, 2002, s. 6). Derfor fokuseredes der på at gøre en indsats over for de grupper i samfundet, hvor sygdomsrisikoen er stor. Det gjaldt blandt andet *udsatte voksne*, som var en af målgrupperne for regeringens sundhedsindsats.

Når der er tale om kravene til sundhedsfremmende arbejdsopgaver, bliver det først omtalte dilemma i det sociale arbejde, mellem at agere som den omsorgsfulde og forstående og samtidig være den opdragende og styrende, endnu mere udtalt (Mik-Meyer, 2002, 2004 og Villadsen, 2003, 2004). Dette skyldes, at regeringens målsætninger for sundheden fordrer en vis diktering af de udsattes handlinger. Derfor skaber dilemmaet mellem at skulle møde borgeren på hans eget niveau, men samtidig guide ham til en



Et af de steder, hvor Helsesport blev implementeret, var i Genbrugsbutikken, som er et beskæftigelsestilbud under Ballerup Kommunes kompetencecenter.

sundere og mere fysisk aktiv tilværelse, nye udfordringer for mødet mellem socialarbejder og borger. Undersøgelsen tager afsæt i initiativet Helsesport på Ballerup Kommunes Kompetencecenter.¹ Med udgangspunkt i et af de i alt syv arbejdsprøvningsprojekter på Kompetencecenteret (omtales som Projektet), koncentrerede undersøgelsen sig om mødet mellem system og borger (Mik-Meyer og Villadsen, 2007). Dette blev gjort via observationer af de fastlagte møder mellem socialarbejder og deltager, som er et eksempel på det rum, hvor livsstilsændringer for udsatte borgere formidles, forhandles og debatteres. Ligeledes blev der foretaget interviews med både deltagere, projektmedarbejdere og ledelse på Kompetencecenteret.

Problemfeltet er blevet undersøgt med afsæt i Michel Foucaults teori om governmentality (Foucault, 1988). Denne tilgang er anvendt som analytisk strategi (Dean, 2008) og skal bidrage til forståelse af, hvilket styringsrationale, der påvirker sundhedsfremme blandt udsatte borgere. I forlængelse heraf anvendes Erving Goffmans sociale samhandlingsteori og hans dramaturgiske analysestrategi (Goffman, 1997, Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002) til forståelse af de fænomener, som opstår i det sociale møde mellem kommunens socialfaglige medarbejder og den udsatte borger.

Artiklen diskuterer undersøgelsens fund, som er fremkommet på baggrund af spørgsmålet om, *hvordan det sociale møde mellem kommunalt ansatte og borgeren påvirker implementeringen af sundhed og fysisk aktivitet?* Spørgsmålet er undersøgt gennem følgende to underspørgsmål: 1) Hvordan anvender Ballerup Kommune styringsteknologier i initiativet Helsesport i forhold til implementering af sund livsstil og fysisk aktivitet hos deltagerne? Og 2) Hvilken betydning kan den sociale samhandling mellem den kom-

munalt ansatte og borgeren tillægges i arbejdet med implementering af sund livsstil og fysisk aktivitet?

STYRINGSSTRATEGIER OG DET SOCIALE MØDE

I det følgende gennemgås den teoretiske indgangsvinkel, som blev brugt i undersøgelsen. På baggrund heraf følger en dybere diskussion af undersøgelsens fund.

GOVERNMENTALITY-TILGANGEN

Foucault definerer governmentality som den særlige moderne, liberale styringsmentalitet, hvor styring principielt altid må foregå ved, at styringen rettes mod individers selvstyring (Foucault, 1988, s. 19). Den grundlæggende logik er ikke at undertrykke, men at frisætte borgeren (Villadsen, 2003, s. 194). Således eksisterer der nogle bestemte sandheder i et samfund, som vi alle bør underkaste os for at kunne kalde os selv medborgere (Dahlager, 2001, s. 93), og det sociale arbejde søger at hjælpe folk, som har svært ved dette. Ifølge Mitchell Dean kan styringen analyseres igennem dens praksisregimer (Dean, 2008, s. 70). Begrebet *praksisregimer* henviser til de organiserede praksisser, som vi styrer andre og os selv igennem (Dean, 2008, s. 55 og 71). Kompetencecentret i Ballerup betragtes som et sådant praksisregime. At analysere et praksisregime skal ifølge Dean ske med udgangspunkt i fire dimensioner: 1) Styringens synlighedsfelter, 2) med hvilke metoder styres og interverneres der?, 3) videnskabeliggørelse af feltet og 4) skabelsen af individer/subjekter (Dean, 2008, s. 72-75). I analysen af styringsteknikker på Kompetencecentret anvendtes disse fire dimensioner til at belyse, hvordan de fremsatte mål for borgerne forsøges opnået.

Udøverne af magt og viden i den governmentaliserede stat befinder sig i lige så høj grad ude

i decentrale enheder i lokalsamfundet som i den centrale del af statsapparatet. Governmentality-begrebet er således »det vestlige samfunds særlige styringsrationalitet og særlige styringsinstrument« (Villadsen, 2008, s. 15). Dermed passer denne tilgang godt til anvendelsen af Goffmans sociologi, idet den koncentrerer sig om magtudøvelse i decentraliserede enheder, som Kompetencecentret i Ballerup er, og det er netop her, at mødet mellem stat og borger finder sted.

SOCIAL SAMHANDLING OG DRAMATURGISK ANALYSE

Goffman var en af de første inden for sociologien til at forholde sig til verden som en scene. Hans pointe var ikke, at al menneskelig samhandling er et skuespil, men han forsøgte snarere at forstå, hvordan vi handler, og hvorfor vi gør det. Han brugte teatret som analytisk metafor for dette og hentede begreber som replik, rekvisit, optræden og rolle (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 88). Goffman mener, at optræden eller selv fremstilling er en del af det menneskelige handlemønster, og teatermetaforen skal derfor ikke forstås som en betegnelse for dobbeltspil, men som en del af vores sociale natur. Denne metafor bliver således også hans teoretiske værktøj (Hviid Jacobsen og Kristiansen, 2002, s. 90). Vi agerer dermed skiftevis som optrædende og som publikum i alle sociale situationer. Goffman udarbejdede det, han kalder et dramaturgisk spil og sceneperspektiv for interaktion, og han snakker om syntaktiske regler for interageren (Goffman, 1997, s. 95). Ifølge Goffman søger vi konstant viden om, hvordan andre individer vil reagere, og hvad det eventuelle resultat af situationen bliver. Vores fremtræden i social kontekst er altså både en måde at iscenesætte os selv på og styre andres opfattelse af vo-

res person, men det er ligeledes et redskab, som andre i situationen kan bruge som vejviser for videre ageren (Goffman, 1997, s. 21). Goffmans analytiske fremgangsmåde var kendetegnet ved anvendelsen af metaforer. Hans nok mest kendte er teatermetaforen (Kristiansen og Mortensen, 2005, s. 46). Betragtningerne i forhold til det sociale møde tager udgangspunkt i to af Goffmans begreber: »samhandlingsordenen« og »rollebegrebet«. Hvor rolle er et af de begreber, Goffman fremlægger som en del af dramaturgiens begrebsapparat, er samhandlingsordenen det begreb, hvormed han indfanger den orden, han iagttager via sin teateranalogi. Samhandlingsordenen vedrører social samhandling eller blot samhandling og defineres således af Goffman:

»Social samhandling kan afgrænses snævert, som det der udelukkende kommer til udtryk i sociale situationer, dvs. miljøer hvor to eller flere individer fysisk befinder sig i hinandens responsive nærvær.« (Goffman, 2004, s. 283)

Goffman betegner dette som »ansigt til ansigtssituationer«, hvor aktører er i direkte påvirkning af hinanden, fordi de er fysisk tilstede i samme rum. (Goffman, 2004, s. 39).

MODSÆTNINGER OG PARADOKSER I IMPLEMENTERINGEN AF HELSESPORT

I det følgende diskuteres de resultater, som fremkom ved analysen af undersøgelsens empiriske materiale. Det drejer sig blandt andet om de modsætninger, som kommer til udtryk i de anvendte styringsteknologier, og hvorfor de opstår, samt implikationerne for det sundhedsfremmende arbejde i mødet mellem system og borger.

MODSATRETTEDE STYRINGSTEKNOLOGIER

Det sociale møde er omgivet af en række forudsætninger, som vedrører lovgivningens målgrupper samt mål og midler – både i forhold til specifikke socialpolitiske indsatser, økonomiske rammer, velfærdsbureaukратиets opbygning og regler og procedurer for det sociale arbejdes virksomhed (Elm Larsen et al., 2002, s. 188). Ved hjælp af governmentalityanalysen ses det, at der eksisterer en række målsætninger og dertil udviklede handleplaner og anbefalinger, som der styres på baggrund af, specielt i forhold til udsatte borgere. Undersøgelsen viser, hvordan denne styring ikke altid bliver mødt med lige stor begejstring, idet socialarbejderne giver udtryk for en uoverensstemmelse med, hvordan virkeligheden er:

»Vi har jo ikke haft den helt store overordnede snak om det endnu. Andet end at vores leder [leder for Kompetencecenteret], han kommer med et 'Skal'. 'Nu skal I'. Vi har jo snakket om det i mange år, og fornuften i det, og nu kommer han så og siger, 'nu skal I'. Og det skal køre fra første januar, ikke.« (Holdleder, Projektet)

De væsentligste punkter her er mangel på sammenhæng mellem viden og magt, hvilket vil sige, at socialarbejderne ikke altid mener, at deres handlemuligheder i forhold til deltagerne er fagligt begrundet. De mener ikke, deltageren får den fornødne sundhedsfaglige viden, men spørgsmålet er her, om de også selv mangler relevant vidensgrundlag, således at de selv kan handle »rigtigt« i forhold til det sundhedsfremmende arbejde.

»De får måske ikke en ordentlig forklaring på, hvorfor det her er rigtig rigtig godt. Så det virker måske i virkeligheden mere begrænsende for dem, end det virker udviklen-

de for dem. Der tror jeg godt, vi kan gribe i egen barm måske, og huske hvor vigtigt det er at få det med.» (Teamleder, Projektet)

Det er ifølge Lisa Dahlager vigtigt, at en forandringsproces også tager udgangspunkt i de velfærdsprofessionelle (her medarbejderne), som skal implementere denne forandring, før forandringen kan forekomme hos deltagerne (Dahlager, 2001, s. 91-92). Det betyder, at Helseport i lige så høj grad må rettes mod medarbejderne som mod deltagerne. Således opstår der modsatrettede holdninger til, hvad det er for subjekter, som i sidste ende skal skabes gennem dette praksisregime.

Den governmentale politikudøvelse i den moderne velfærdsstat er på en gang totaliserende i forhold til hele befolkningen og dermed overgribende og kvantitativ, når den pålægger borgerne obligatorisk skolegang, nationale sundhedsprogrammer og skatter og opdeler borgerne i kategorier som arbejdsløse, pensionister, revaliderende og så videre. På den anden side er den individualiserende, herigennem analytisk i forhold til individet, når den interesserer sig for den enkelte borgers personlighed, selvopfattelse og psykiske konstellation (Mik-Meyer og Villadsen, 2007, s. 17). Der er således to sider af styringen i den moderne velfærdsstat og dermed også styringen af sundhedspolitiske strategier for udsatte borgere. På den ene side interesserer man sig for, at der skal ydes bestemte former for sociale ydelser, og de udsatte borgere skal motiveres til indtrædelse i de rammer, som gælder for gode medborgere. Men ligeledes skal man tage forbehold for det enkelte individ, og som det er blevet sagt tidligere »møde ham, hvor han er«. Dermed bliver deltagerne på Kompetencecenteret anskuet som et dobbeltobjekt, som på den ene side skal mødes uden forhånds-

begreber og på den anden side indgår i en universel kategori med visse generelle karaktertræk (Villadsen, 2004, s. 227). Problematikken opstår dermed i relationen mellem styring og selvstyring, og der ses således dilemmaer i forhold til motiverne for, at denne styring eller »tvang« mod en sundere og mere fysisk aktiv tilværelse skal finde sted, da det går mod opfattelsen om at placere sig på borgerens niveau (Villadsen, 2003, s.195). Det kan forekomme svært at affinde sig med de former for tvang, som er indvævet i det sociale arbejde. Kaspar Villadsen skriver, at de forskellige magtformer, som anvendes i det sociale arbejde, er kendetegnet ved forskellige grader af tvang. Dette justeres efter deltagerens vilje til besiddelse af selvkontrol. Det er denne tvang, som normalt kendetegner det sociale arbejde (Villadsen, 2003, s. 196), de ansatte på Projektet har svært ved at overføre til implementeringen af sundhed. Måske netop fordi de selv føler sig tvunget ind i implementeringsprocessen:

»Det, der er det største problem her, det er at vi ikke tænker, det er almindelige mennesker. I min verden er det her almindelige mennesker, som der er sket et eller andet for, som gør, at de ikke kan håndtere det lige nu. Men vi sidder jo med alle de samme problemer. Du kan jo prøve at kigge på os. Vi er jo overvægtige, vi laver ikke motion, vi ryger, vi drikker cola, vi gør alt det, de også gør. Og så kommer vi her med vores finger 'Det skal du ikke gøre'. Så det bliver jo rigtig interessant.« (Holdleder, Projektet)

Det er her paradokset i det sociale sundhedsarbejde kommer til syne. Medarbejderne har på den ene side en klar forståelse for de fordele, det kan have for disse individer at forbedre deres sundhedstilstand, men de har samtidig svært

ved at »tvinge« dem til noget, som mange »ikke-udsatte« (inklusive medarbejderne selv) også har svært ved. Det er denne dobbelthed, som er gennemgående i styringen af det sociale arbejde på Projektet, da der både ses et ønske om at efterleve statslige målsætninger, men også en konflikt i forhold til den måde, dette vil interverne med det moderne sociale arbejde, hvor det handler om at møde deltageren med udgangspunkt i dennes virkelighed. Når sundhed italesættes, ses der dermed et større dilemma, end når temaet er arbejdsprøvning eller kontanthjælp.

BAGVENDT SYMPATI

Ved hjælp af Goffmans dramaturgiske analyse af de rollemønstre, som gør sig gældende i det sociale møde, viser det sig, at medarbejderne på Projektet opererer gennem rollerne *fagperson* og *forælder*, mens deltagerne veksler mellem rollerne *handlekraftig* og *barn*. Dette skyldes en modsatrettet indstilling til selve styringen af initiativet om sund livsstil og fysisk aktivitet. Ifølge Mik-Meyer udtrykker magten i det sociale arbejde sig typisk som opdragelse, hjælp, støtte og omsorg (Mik-Meyer, 2002, s. 109). Der er her tale om, at hensynet til den enkelte (omsorgen) må spille sammen med generelle institutionelle målsætninger for deltageren (opdragelsen). Dette er en konfliktfyldt kobling for personalet på Projektet i arbejdet med sundhed, da det er svært at skulle opdrage samtidig med at være støttende og omsorgsfuld (Järvinen og Mik-Meyer, 2003, s. 233). Medarbejderne på Projektet vil gerne opfattes positivt af deltagerne, men dette kommer utilsigtet til at spænde ben for en sundhedsfremmende proces.

»Jeg tror, jeg har mere tillid i gruppen, end mange af mine kollegaer har. Det siger de også til mig tit. Og det er ikke for, at jeg skal

gøre mig bedre, men jeg tænker langt hen ad vejen, at det er det at være lyttende eller at møde dem, hvor de er. Og lade være at bedømme dem (Holdleder, Projektet)

Pointen er, at personalet på grund af gode intentioner og et ønske om ikke at dømme deltagerne bremser det sundhedsfremmende arbejde ved at indtræde i rollen som *forælder*, som dermed også placerer deltagerne i rollen som *barn*, på trods af, at der eksisterer et ønske fra deltagerne om at fremstå engageret og målrettet.

»De kan jo nok godt fornemme alle sammen hernede, at jeg har blod på tanden med at skulle være fysisk aktiv. Og nu også hvor vi har været ude og gå tur om morgenen, der har jeg jo gået med én af de ansatte. Vi tager den lange tur, og vi går hurtigt. Og der har vi haft nogle rigtig gode samtaler omkring sundhed«. (Deltager, Projektet)

Deltageren vil gerne fremstå som *handlekraftig*, især i forhold til fysisk aktivitet, og ovenstående citat henviser til, hvordan denne rolle bliver anvendt især i samhandlingen med de ansatte. Al ligevel har deltageren brug for sympatien og forståelsen.

»Når jeg snakker sammen med (Holdleder), der får jeg lov til at tømme hele min skraldespand. Han er en, der kan forstå mig. Ligesådan med (Teamleder). Hun forstår mig også godt.« (Deltager, Projektet)

Det er altså en rar fornemmelse at føle sig forstået og mærke medfølelse. Man kan næsten fristes til at sige, det er befriende at være *barnet* til tider.

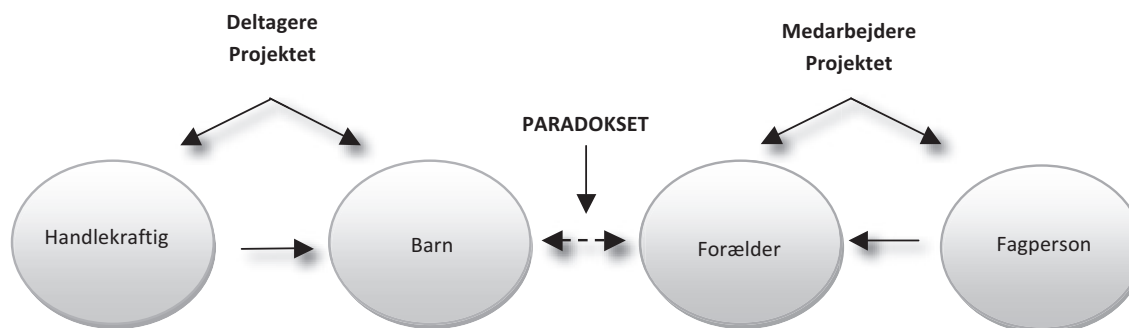
Ambivalensen for medarbejderne ved at skulle optræde som *fagperson* i forhold til implementeringen af sund livsstil og fysisk aktivitet, var

det gennemgående element i undersøgelsens analyse. Dette kan siges at bunde i et meget sympatisk menneskeligt træk, nemlig det omsorgsfulde og empatiske menneskes overtag i forhold til det formynderiske og opdragende. Men det kommer også af en eventuel irritation over, at medarbejderne selv er underlagt en formynderisk tanke. Dette sundhedstiltag kræver netop, at de ligeledes selv tager stilling til deres egen sundhed. I den sundhedsorienterede optik har medarbejderne derfor meget svært ved ikke at forsøge at placere sig på deltagernes niveau. I bogen *Kærlighed og opdragelse i socialaktiveringen* (1999) foreslår Mik-Meyer, at den modsigelse, som opstår i de ansatte og deltagernes rollespil, skal forstås i forhold til de mekanismer, som gør sig gældende i henhold til positioneringer, som *modtager* eller *giver* (s. 95). Det er en model, som Mik-Meyer anvender til at vise medarbejderes og deltageres indbyrdes afhængighedsforhold. Den kan derfor bruges til at synliggøre, hvordan disse to gruppers rollespil »...modarbejder begge parter eksplicitte ønske om en ligeværdig dialog, men opretholder og afspejler dikotomien hjælper-hjælpeløs, som er et af kerneområderne i langtidsledighedskulturen« (Mik-Meyer, 1999, s. 96). Giver-modtager-modellen er oprindeligt be-

skrevet af Marcel Mauss (1925) i forbindelse med gaveudveksling og kan ifølge Mik-Meyer kort beskrives med begreberne generøsitet, selvished og forpligtelse. På Projektet er pointen, at personalets stræben efter at være den omsorgsfulde, den forstående og den sympatiske styrker deltagerens rolle som *barnet*. I forsøget på at nærme sig hinanden udvikles Projektmedarbejderens overlegne situation i stedet, mens den underlegne deltager bliver mere underlegen. Järvinen og Mik-Meyer pointerer, at denne utilsigtede asymmetri kan stamme fra den uoverensstemmelse, som ofte eksisterer i forhold til, hvad formålet med opholdet på et aktiveringsprojekt er (2003, s. 238). Det sociale arbejde på Projektet er i denne optik behandlingsfikseret, og derfor opstår medlidenheden og medfølelsen i forbindelse med behandlingen af deltagernes sundhedstilstand. Dette er netop hovedårsagen til asymmetrien i forholdet mellem socialarbejder og deltager og grunden til, at den paradoksale sympati opstår i det sundhedsfremmende møde mellem system og udsat borger.

IMPLEMENTERINGSPARADOKSET

Undersøgelsen viste, hvordan personalet og deltagerne veksler mellem forskellige roller i deres



Figur 1. Aktørerne på Projektet og forholdet til deres roller (Kilde: Egen tilvirkning)

interaktion med hinanden. Medarbejdere og deltageres forhold til deres roller, og rollernes gensidige påvirkning, kan afbildes som på figur 1 på forrige side.

Det sundhedsfremmende arbejde på Kompetencecenteret adskiller sig fra det normale sociale arbejde. Det gennemgående paradoks i nærværende artikel er, at den modsatrettede tilgang til styring betyder, at sympatien overtager det sociale arbejdes opdragende funktion, og dermed skabes der en større ulighed i det sociale møde, når temaet er sundhed og fysisk aktivitet. Deltagerne fastholdes i rollen som *barn* og modarbejdes i deres bestræbelser på at være *handlekraftige*. Dette adskiller fundene i denne undersøgelse fra den viden, vi i øvrigt har om det sociale arbejde. I undersøgelsen af Kompetencecenteret er der bestemte ønsker fra medarbejderne om, hvilken rolle de helst vil spille. Som Figur 1 viser, er der en gensidig påvirkning mellem *forælderen* og *barnet*. *Forælder*-rollen kan således siges at opstå i en frustration over medarbejderens egen manglende selvstyring i forhold til sundhed.

KONKLUSION OG PERSPEKTIVER

Resultatet af koblingen mellem governmentality og dramaturgien har vist, at mødet mellem system og udsat borger både influeres af modsatrettede styringsteknologier, og at resultatet af dette bliver et asymmetrisk rollespil i den sociale samhandling. Dette betyder, at implementeringen af fysisk aktivitet hæmmes. Når fysisk aktivitet skal implementeres i mødet mellem medarbejder og deltager, fastholdes deltagerne derfor i rollen som *barn*, fordi medarbejderne knytter sig til rollen som *forælder*. Dette kan kobles til det faktum, at kommune og ledelse tager medarbejdernes sundhedsfaglige baggrundsviden for gi-

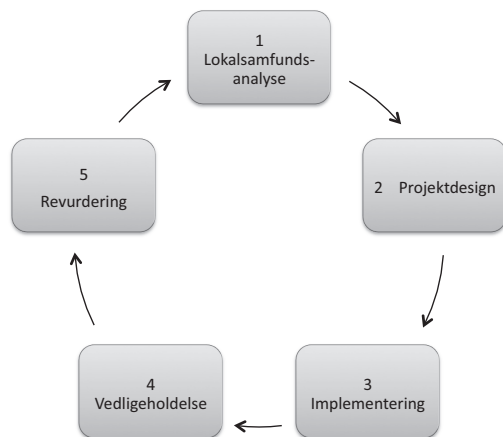
vet, og man har ikke sørget for efteruddannelse i dette. Man glemmer således, at det ikke blot er deltagerens selvstyring, som skal fremelskes, men at det også er de ansattes. Medarbejderne er altså blevet sprunget over i implementeringsprocessen, hvilket har betydning for påvirkningen af deltagerens forandringsproces.

EN FRUGTBAR IMPLEMENTERINGSPROCES

En måde at sætte perspektiv på de barrierer, som artiklen viste i forhold til at implementere fysisk aktivitet hos udsatte borgere, kunne være at undersøge implementering som proces. Med dette skabes viden om, hvordan både forståelse og forankring af det implementerende arbejde ville kunne fremmes og derigennem gavne det sundhedsfremmende og forbyggende arbejde blandt kommunernes udsatte borgere. Dette kunne gøres ved hjælp af Bracht, Kingsbury og Rissels fem-trinsmodel (1999) for sundhedsfremmende arbejdsprocesser. Denne model kan belyse den måde, hvorpå begrebet implementering anvendes af de ansatte i Ballerup Kommune og nuancere den holdning, de har til implementering, ligesom den kan komme med forslag til strukturering og forandring. Det kan være en vigtig faktor i forhold til, hvordan styringen udspiller sig, således at Helseport kan blive en integreret del af Kompetencecenterets arbejds-gang. Ligeledes kan det være en hjælp til at forstå, hvordan implementeringsarbejdet må foregå i forhold til mødet mellem ansat og borger.

Bracht, Kingsbury og Rissels fem-trinsmodel for sundhedsfremmende arbejdsprocesser er et redskab til at forstå styringsstrategien på Kompetencecenteret og dennes implikationer for det sociale møde. Der formes hele tiden nye partnerskaber i forhold til sundhedsfremme mellem samfundsmedlemmer, sundhedssektoren, de forskellige sundhedsydelser og nye in-

stanser som erhvervsliv og religiøse grupper, og derfor argumenterer forfatterne for vigtigheden af borgerinddragelse og empowerment (Bracht et al., 1999, s. 84). Sundhedsfremme er en dynamisk proces, som afhænger af en række begivenheder og strategier, som ikke bare involverer individer, men også individers ejerskabsfølelse i forhold til processen (s. 86), og på alle modellens stadier anbefales borgerinvolvering. Modellen skal ligeledes ses som en dynamisk proces, og derfor vil der være eventuelle overlap mellem de fem stadier (s. 90).



Figur 2. Fem-trinsmodel for sundhedsfremmende arbejdsprocesser (Kilde: Bracht et al., 1999)

De fem stadier beskriver, hvordan man bedst foretager implementeringsarbejde i lokale samfund. Ved at anvende denne model ville Ballerup Kommune kunne få indsigt i de dele af implementeringsprocessen, hvor der opstår mangler og svagheder (Bracht et al., 1999, s. 92-102). Modellen kunne være et middel til at komme de barrierer til livs, som denne undersøgelse viste hos især medarbejderne i forhold til implemen-

tering af fysisk aktivitet. Nærværende undersøgelse har vist en tendens til, at man mangler at få denne dimension med. I stedet for at forstå implementeringen af sundhed og fysisk aktivitet som noget, der skal forankres helt dybt ned i kulturen i Ballerup Kommune, ser man det som noget, der kun vedrører de implicerede borgere. Det glemmes således, at indlejringen af en forandringsproces må starte hos medarbejderne selv, før den kan formidles videre.

LITTERATURLISTE

Bracht, N., Kingsbury, L., & Rissel, C. (1999). »A five stage community model for health promotion – empowerment and partnership strategies«, I: N. Bracht (1999). *Health promotion at the community level 2 – new advances*. London: SAGE.

Dahlager, L. (2001). »I forebyggelsens magt«, *Distinktion*, 3.

Dean, M. (2008). »Governmentality – magt og styring i det moderne samfund«. København: Forlaget Samfundslitteratur.

Elm Larsen, J., Mortensen, N. & Frølund Thomsen, J. P., (2002). »Magtens mange facetter i mødet mellem system og klient«, I: M. Järvinen, J. Elm Larsen & N. Mortensen (2002) *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Magtudredningen. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Foucault, M. (1988). »Technologies of the self«, I: L.H. Martin, et al. (red.) *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*. Amherst: The University of Massachusetts Press.

Goffman, E. (1997). »Self-Presentation«, I: Lemert, C. & Branaman, A. (1997) *The Goffman Reader*. Massachusetts: Blackwell Publishers.

- Goffman, E. (2004). *Social samhandling og mikro-sociologi. En tekstsamling*. København: Hans Reitzel.
- Hviid Jacobsen, M. & Kristiansen, S. (2002). *Erving Goffman – Sociologien om det elementære livs sociale former*. København: Hans Reitzel.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2003). *At skabe en klient – institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzel.
- Kristiansen, S. & Mortensen, N. (2005). »Sociologiske analyser af hverdagslivet«. I: A. Esmark, C. Bagge Laustsen & N. Åkerstrøm Andersen (2005). *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Mauss, M. (1970 (1925)). *The gift*. London: Cohen & West.
- Mik-Meyer, N. (1999). *Kærlighed og opdragelse i socialaktiveringen*. København: Nordisk Forlag.
- Mik-Meyer, N. (2002). »Omsorgens herredømme«, I: M. Järvinen, J. Elm Larsen & N. Mortensen, (2002) *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Magtudredningen. Århus: Aarhus Universitetsforlag.
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. København: Hans Reitzel.
- Mik-Meyer, N & K. Villadsen (2007). *Magtens former – Sociologiske blikke på statens møde med borgeren*. København: Hans Reitzel.
- Nielsen, S. F. (2009). *Det sympatiske paradoks i mødet mellem system og udsatte borgere – indflydelsen på implementering af sund livsstil med særlig fokus på fysisk aktivitet*, Speciale udarbejdet ved Institut for Idræt, Københavns Universitet.
- Regeringen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*. København: Schultz Grafisk.
- Villadsen, K. (2003). »Det sociale arbejde som befrielse«. I: M. Järvinen & N. Mik-Meyer (red.) *At skabe en klient – institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzel.
- Villadsen, K. (2004). *Det sociale arbejdes genealogi – om kampen for at gøre fattige og udstødte til frie mennesker*. København: Hans Reitzel.
- Villadsen, K. (2008). »Governmentality – at analysere den moderne magts former«. Forord til den danske udgave af Dean, M. *Governmentality – Magt og styring i det moderne samfund*. København: Forlaget Sociologi.

NOTER

1. Idegrundlaget til Helsesport er, at Ballerup Kommune skal styrke og supplere sin vejledningsindsats over for de ledige, for dermed at forbedre beskæftigelsen blandt kon-tanthjælpsmodtagere. Dette skal ske gennem en systematisk sundhedsindsats, der skal sætte fokus på sund livsstil i hverdagen.