

University College



Syd



# Analyse af en kommunes sundhedspolitik og -praksis

Forebyggelse af overvægt og adipositas hos børn og unge



Af Anne-Marie Tyroll Beck og Karsten Sørensen  
University College Syd, *Udvikling og forskning*  
Videncenter for Sundhedsfremme

## Indholdsfortegnelse

1. Årsager til overvægt.....	5
2. Faktorer der påvirker vægten.....	6
3. Undersøgelsens formål.....	7
4. Metode.....	7
4.1 Frembringelse og analyse af data.....	9
5. Policy analyse.....	11
5.1 Forståelse, kapacitet og vilje.....	13
5.2 Kapacitetsbegrebet.....	14
5.3 Konflikt, synergi og ambivalens.....	15
6. Logiske modeller.....	16
7. Analyse af sundhedspolitik.....	17
8. Organisationsstrukturen.....	18
8.1. Grundlaget for kommunens arbejde.....	19
9. Politikker.....	20
9.1 En sammenhængende børnepolitik.....	20
9.2 Frivillighedspolitik.....	23
9.3 Sundhedspolitikken.....	23
10. Analyse af praksis.....	28
10.1 Præsentation af fire pilotprojekter.....	28
10.2 Sundhedsforståelser.....	31
10.2.1 Sundhedsmodeller.....	31
10.2.2 Elevernes opfattelser af sundhed og det gode liv.....	33
11. Præsentation af pilotprojekternes sundhedsopfattelser.....	34
11.1 Et naturvidenskabeligt paradigme.....	34
11.2 Sundhed og sygdom er socialt og kulturelt forankret, og hvor levevilkårene inddrages.....	36
11.3 Et socialt orienteret paradigme som fokuserer på det, der gør folk raske.....	38
11.4 Det demokratiske paradigme, hvor målet er at øge handlekraften hos målgruppen.....	40
11.5 Tilbage til politikken.....	41
12. De 3-16 åriges sundhed.....	41



## UNDERSØGELSE- OG ANALYSEDESIGN

Denne undersøgelse/analyse har overvægt blandt børn og unge som problemfelt. Dette problem eller fænomen er et resultat af forskellige årsager. Problemet overvægt indgår hermed i et årsagsfelt, som er en betingelse for problemets eksistens. Dette rejser spørgsmålet om hvilke kausale årsager der skaber overvægt.

Men problemer og fænomener er også åben over for påvirkninger fra andre faktorer. Disse faktorer, som under de rette betingelser kan påvirke specifikke problemer/fænomener, betegnes som påvirkningsfaktorer. Problemet overvægt indgår hermed i et påvirkningsfelt, hvilket rejser spørgsmålet om hvilke faktorer der påvirker og forebygger overvægtsproblemer. Betingelsen for en udtømmende undersøgelse er derfor at undersøge såvel årsagsfeltet som påvirkningsfeltet for overvægtsproblematikken.<sup>1</sup>

### 1. Årsager til overvægt

Overvægt kan forklares med såvel biologiske, fysiologiske, psykosociale og sociologiske årsager.

Der er gener, der disponerer for fedme, og fedme kan således anskues som et nedarvet familiært træk. I et forsøg på at forstå, hvorfor de genvarianter, som disponerer for fedme, er så udbredte i befolkningen, er der opstillet en evolutionshypotese (Echwald et al., 2006). Ifølge hypotesen er vi biologisk som jægere og samlere tilpasset en vekslen mellem tider med rigeligt mad og tider med påtvungen fødeknaphed og sult. De, der genetisk set var bedst til at udnytte energien i føden og var egnet til at opbygge fedtdepoter, såkaldte "gode energiøkonomer" er ifølge teorien også dem, som har overlevet og reproduceret sig selv op til vores tid. Når der er knaphed på mad, er det en fordel at kunne lagre en stor del af energiindtaget som fedt, som man senere kan tære på. Menneskets evolutionære baggrund ligger således til grund for de biokemiske systemer, der styrer appetitten, sultfølelsen, stofskiftet og kroppens energibalance.

At kunne deponere energi i form af fedt til dårlige tider, har været en nødvendighed for overlevelse. Med andre ord genvarianterne, som i mange generationer har været plusvarianter, er i det moderne samfund med overflod af energitætte fødevarer og mangel på fysisk aktivitet ifølge evolutionshypotesen blevet minusvarianter, altså fedmefremkaldende. Denne genetiske disposition for fedme opfattes ofte som modtagelig for påvirkninger fra et fedmefremkaldende miljø, om end denne relation mellem gener og miljø fortsat er ubevist (Astrup et al., 2006) Maden, måltidet og fysisk aktivitet er som konsekvens heraf centrale årsagsfaktorer til overvægt.

Undersøgelser (Sundhedsstyrelsen 2007) viser, at unge befinder sig enten i en positiv sundhedscirkel eller i en negativ sundhedscirkel. Den negative sundhedscirkel er karakteriseret af, at den unge spiser usundt, er fysisk inaktiv, har dårligt selvværd og svage sociale relationer. Den positive sundhedscirkel er karakteriseret af, at den unge overvejende spiser sundt, er fysisk aktiv, har et godt selvværd og stærke sociale relationer.

---

<sup>1</sup> Denne skelnen mellem problemers årsags- og påvirkningsfelt er taget fra artiklen "Kausale felter, meta-antagelser og metodisk pluralisme" af Steen Wackerhausen. Syddansk Universitetsforlag 2004.

Undersøgelsen dokumenterer en sammenhæng mellem maden, fysisk aktivitet, selvværd og sociale relationer, men undersøgelsen kan ikke forklare karakteren af denne sammenhæng. Denne sammenhæng kan være af empirisk tilfældig karakter, udtryk for årsag-virkningsrelationer mellem aspekterne eller udtryk for gensidigt, selvforstærkende processer mellem aspekterne.

Har den unge et dårligt selvværd forårsaget af fysisk inaktivitet eller er årsagen til fysisk inaktivitet at den unge ikke har psykisk overskud til at være fysisk aktiv?  
Er årsagen til lavt selvværd at den unge spiser usundt eller trøstespiser den unge forårsaget af lavt selvværd og svage sociale relationer?  
Disse spørgsmål anskueliggør, at der er en stor sandsynlighed for at sammenhængene har karakter af gensidigt, selvforstærkende processer, hvilket ud fra en kompleksitetsteoretisk synsvinkel giver god mening.

Ud fra en sociologisk tilgang kan overvægt anskues som et civilisationsproblem. Her er der fokus på samfundsmæssige strukturer og forandringer, som forklaring på stigende overvægtsproblemer. Overvægtsproblemer kan forklares med samfundsmæssige forandringer: I landbrugs- og industrisamfundet var arbejdsmarkedet for de fleste karakteriseret af manuelt arbejde, hvorfor befolkningen så at sige tabte sig gennem arbejdet. Vidensamfundet er karakteriseret af stillesiddende arbejde, hvorfor der skal kompenseres for det stillesiddende arbejde i fritids- og familieliv, hvis overvægtsproblemer skal forebygges. Overvægtsproblemer kan desuden forklares med social ulighed. Social ulighed i sygdom og sundhed er et veldokumenteret fænomen i den vestlige verden, hvor fx overvægtsproblemer er hyppigere forekommende hos de socialt - økonomisk dårligst stillede end hos de socialt - økonomisk bedre stillede.

Ovenstående refleksioner fører frem til en kausal analyse af overvægtsproblemer, hvor såvel maden, fysisk aktivitetsniveau som social-psykologiske faktorer er årsager til overvægt. Derfor skal en undersøgelse af kommunens politik og praksis indfange politikker og praksisser i forhold til såvel mad, fysisk aktivitet og psykosociale faktorer.

## 2. Faktorer der påvirker vægten

I en kausal feltanalyse<sup>2</sup> er det også vigtigt at undersøge hvilke faktorer der *påvirker* vægten.

Overvægtsproblemer kan forklares ved manglende politisk regulering af markedet, manglende økonomiske incitamenter til at vælge sunde produkter, og forbrugernes manglende viden om hvad der er sundt og usundt: Fødevarereproducenter producerer dårlige og usunde fødevarer, som kunderne på markedet køber, hvorfor der er behov for at regulere produktionen i en sund retning; sunde produkter bør fritages for moms og produkter skal mærkes så forbrugeren ved, hvad hun køber etc.

Desuden er begrebet "settings" et internationalt anerkendt begreb inden for sundhedsfremme og repræsenterer de miljøer, som *påvirker* sundhed og overvægtsproblemer.

---

2 jf. Steen Wackerhausen, "Kausale felter, meta-antagelser og metodisk pluralisme"

Idet projektet har fokus på de 3-16 årige er følgende settings relevante i en analyse af kommunal praksis:

- *Familien*. Børn og unge er familiebørn. Familiens madkultur og –vaner, familiens prioritering af bevægelse, som en del af familiens fælles aktiviteter og liv, samt familiens kærlighed har afgørende betydning for barnet/den unges mad- og bevægelsesvaner samt trivselen.
- *Dagtilbuddet*. Dagtilbuddets mad-, bevægelses- og trivselskultur samt dagtilbuddets pædagogiske aktiviteter, som bidrager til børns læring herom, har betydning for barnets mad- og bevægelsesvaner og trivsel.
- *Skolen*. Skolens mad-, bevægelses- og trivselskultur, samt skolernes undervisning i mad, bevægelse og trivsel og elevernes læring herom, har betydning for elevernes mad- og bevægelsesvaner og trivsel.
- *Gaden eller det offentlige rum*. De udendørsfaciliteter, som boligkvarteret repræsenterer, herunder muligheden for børn og unges selvorganiserede aktiviteter, har betydning for børn og unges fysiske aktivitet. Sikkerhed i trafikken i form af cykelstier mm. er også en forudsætning for, at børn og unge transporterer sig selv.
- *Foreninger*. Frivillige og private organisationers tilbud har også en betydning for børn og unges lyst til og mulighed for bevægelse, og bidrager til at børn og unge trives. Maden, der tilbydes i fx haller, spiller også en rolle for, hvad børn og unge spiser.

### 3. Undersøgelsens formål

Undersøgelsens formål er:

- At undersøge den kommunale sundhedsfremmende praksis i forhold til dels overvægtsproblematikken, dels i forhold til de settings som de 3-16 årige agerer i.
- At undersøge den kommunale praksis for at dokumentere den sundhedsfremmende indsats og evaluere effekter af denne indsats.
- At undersøge og sandsynliggøre sammenhænge mellem sundhedsfremmende indsatser og effekter.
- At analysere den kommunale praksis ud fra relevant implementeringsteori

De to første formål er af deskriptiv karakter, det tredje og fjerde formål er af eksplorativ karakter.

### 4. Metode

Undersøgelsen vil anvende metodetriangulering og baserer sig på såvel data og viden frembragt i kommunen samt data og viden frembragt via dokumentstudier, interviews og casestudier.

Kommunerne har ifølge Lov om social service pligt til at udarbejde en sammenhængende børnepolitik, som skal være skriftligt formuleret, vedtaget af kommunalbestyrelsen og offentliggjort. Formålet er ifølge vejledningen at sikre sammenhæng mellem de forskellige sektorer, lovgivninger mv. Dertil kommer at kommunerne som konsekvens af strukturreformens opgaveomlægning har overtaget en række af de gamle amters opgaver vedrø-

rende forebyggelse og sundhedsfremme. Indsamling af data samt analyse af den kommunale praksis bliver baseret på nedenstående policy-analyse.<sup>3</sup>

#### *Det politisk-administrative niveau*

Det vigtigste forhold i forhold til dette niveau er at få kortlagt kommunens politikker, målsætninger og implementeringsstrategier.

#### *Setting-niveauet*

Ud fra et policyperspektiv er der forskellige relationer mellem det politiske system og de settings som børn og unge agerer i. Dette forhold udkrystalliseres i følgende typer af relationer:

1. Direkte politisk-administrativt ansvarsområder som det offentlige rum, hvilket betyder, at kommunen selv har ansvaret for indretning og udvikling af det offentlige rum.
2. Politisk styring i kraft af kommunalt ejerskab, hvilket gælder for dagtilbud, skole og fritidsklubber. Det betyder, at kommunen kan stille direkte krav til disse organisationers virksomhed.
3. Økonomisk støtte til frivillige foreningers virksomhed, hvilket betyder, at kommunen kan stille krav til betingelserne for den økonomiske støtte.
4. Rådgivende relationer. Dette gælder fx i forhold til familien og i forhold til private virksomheder.

#### *Børn og unges sundhed og vægt*

Her er det centralt at undersøge, hvilke effekter de kommunale indsatser har for sundhed og overvægtsproblemer blandt børn og unge.

Undersøgelsen skal bl.a. give svar på følgende spørgsmål:

- Hvilke beskrevne politikker har kommunen for den sundhedsfremmende indsats for de 3-16 årige?
- Hvilke målsætninger har kommunen for den sundhedsfremmende indsats i almindelighed og for forebyggelse af overvægt i særdeleshed?
- Hvilke økonomiske ressourcer afsættes til opgaven og hvordan fordeles disse ressourcer?
- Hvilke krav stilles der af kommunen til de frivillige organisationer som kommunen støtter økonomisk?
- Hvordan arbejder kommunen med udvikling af det offentlige rum i en sundhedsfremmende retning?
- Hvordan sikrer kommunen at de politisk styrede organisationer lever op til politikker og målsætninger?
- Hvordan samarbejder kommunen med familierne for at fremme de 3-16 åriges sundhed og trivsel?
- Hvordan evalueres den kommunale praksis og effekter af ydelser og hvordan følges der op på disse evalueringer?
- Hvilke organisationer løser hvilke opgaver og hvordan evalueres disse?

---

<sup>3</sup> Evert Vedung "Utvärdering i politik och förvaltning"

## 4.1 Frembringelse og analyse af data

Der foretages for det første en desk research. For det andet gennemføres der interviews med nøglepersoner på det politisk-administrative niveau. For det tredje foretages der et antal case-studier.

### *Desk research*

Der foretages indledningsvis en indsamling af eksisterende data i kommunen. Herunder indgår tilvejebringelsen af følgende:

- Kommunale politikformuleringer for målgruppen de 3-16 åriges sundhed.
- Kommunale politikformuleringer for det offentlige rum med relevans for de 3-16 åriges sundhed.
- Formuleringer af krav til de politisk styrede organisationers ydelser og målsætninger i relation til de 3-16 åriges sundhed. Dette kan være krav til kvalitetsrapporter, virksomhedsplaner, målsætninger, prioriteringer, dokumentations- og evalueringskrav.
- Kommunale politikformuleringer vedrørende samarbejdet med de frivillige organisationer med relation til de 3-16 åriges sundhed samt eventuelle kommunale krav til betingelser for den kommunale støtte.
- Kommunale politikker vedrørende samarbejdet mellem kommune og børnefamilierne.
- Økonomiske forhold (ressourcetildeling og ressourceanvendelse)
- Kommunale data om overvægtsproblematikken blandt de 3-16 årige.

Desk-researchen er overordnet designet som et holistisk single case studium: Kommunen er analyseenheden og repræsenterer en enkelt case.

### *Interviews med nøglepersoner*

For at kvalificere analysen af de kommunale data og for at frembringe data om, hvordan beslutninger implementeres og effekter evalueres, foretages der interviews med nøglepersoner på det politisk-administrative niveau. Disse nøglepersoner er tidligere sundhedschef, leder af Børn og Unge-forvaltningen samt ledende sundhedsplejerske. Interviewene skal frembringe data om bl.a. følgende:

- Kommunal indsamlet viden om, hvordan de politisk styrede organisationer arbejder med mad, bevægelse og børn og unges trivsel.
- Kommunal praksis i forhold til samarbejde med frivillige organisationer.
- Kommunal praksis i forhold til samarbejde med børnefamilier.
- Kommunal praksis i forhold til at skabe bevægelsesmuligheder i det offentlige rum.
- Hvilke effekter den kommunale praksis vurderes at have i forhold til de 3-16 åriges sundhed og trivsel, samt hvilken effekt denne praksis vurderes at have i forhold til forebyggelse af overvægt.
- Hvordan respondenterne vil argumentere for og eventuelt dokumentere ovennævnte sammenhænge.

### *Case-studier*



Desk-researchen og interviewene med nøglepersonerne på det politisk-administrative niveau følges op af en kvalitativ dybdeundersøgelse på fire skoler. Begrundelsen for at fokusere på skolen som setting er, at skolen er en kulturinstitution, som alle børn og unge møder. Disse undersøgelser er designet som indlejrede, multiple case studier d.v.s. at der er flere analyseenheder og flere cases.

Skolerne er udvalgt på baggrund af, at X Kommune tilbød fire skoler at deltage i et pilotprojekt om sundhedsfremme i skolen. Kommunens oplæg lagde op til en stor variation i forhold til skolernes valg af indhold, struktur og metoder i pilotprojekterne. Desuden blev der lagt op til en positiv forståelse af sundhedsbegrebet, således at kost, rygning, motion, fysisk aktivitet, misbrug, mobning, vold, trivsel, astma, allergi, omsorgssvigt, uddannelse, spiseforstyrrelser, selvværd og selvmord kunne indgå som temaer i skolernes sundhedsfremmende projekter. Alle skoler havde mulighed for at byde ind på deltagelse i projektet.

Kommunens udvælgelseskriterier var følgende:

- Fire skoler skal deltage.
- Geografisk variation: To skoler skal være landskoler og to skoler skal være byskoler.
- Variation i skolestørrelse: En mindre og en større skole fra henholdsvis land og by.
- Alle faser i skoleforløbet dvs. indskoling, mellemtrin og overbygning skal være repræsenteret ikke nødvendigvis på den enkelte skole, men på tværs af de fire deltagende skoler.

Case-studierne foregår som fokusgruppeinterviews med relevante aktører fra skolerne: Ledere, lærere og elever. Disse interviews har til hensigt at få uddybet, præciseret, nuanceret og udfoldet de problemstillinger, oplevelser, erfaringer og vurderinger, som aktørerne i feltet har. Det er væsentligt at få belyst den mangfoldighed af holdninger, viden, erfaringer og oplevelser for at kunne udsige noget om hvad der virker/ikke-virker af sundhedsfremmende indsatser og hvorfor/hvorfor ikke noget virker/ikke-virker. Case-studierne er gennemført ud fra virkningsevaluering dvs. at der er opstillet en overordnet programteori for studierne.

Fokusgrupperne vil bestå af 6-8 personer og vil blive gennemført som et semi-struktureret interview, hvilket betyder, at interviewerens tager udgangspunkt i en på forhånd planlagt interviewguide, men er åben over for de muligheder, som interviewpersonernes formuleringer og perspektiver giver for at flytte fokus i interviewet.

Centrale omdrejningspunkter i interviewguiderne vil fx være:

- Hvilke indsatser opleves og vurderes som menings- og virkningsfulde af respondenterne og på hvilke måder?
- Hvilke indsatser opleves og vurderes som menings- og virkningsløse af respondenterne og på hvilke måder?
- Hvilket grundlag baserer disse oplevelser og vurderinger sig på?
- Hvilke elementer vurderer respondenterne kunne gøre indsatserne mere menings- og virkningsfulde og med hvilke begrundelser?

Denne liste er langt fra udtømmende, idet desk-researchen og interviewene med nøglepersoner på det politisk-administrative niveau skal bidrage til at kvalificere interviewguiden.

## 5. Policy analyse

Et af undersøgelsesformålene var, at undersøge den kommunale praksis ud fra relevant implementeringsteori. Winthers integrative implementeringsmodel<sup>4</sup> vil blive anvendt som analyseramme.

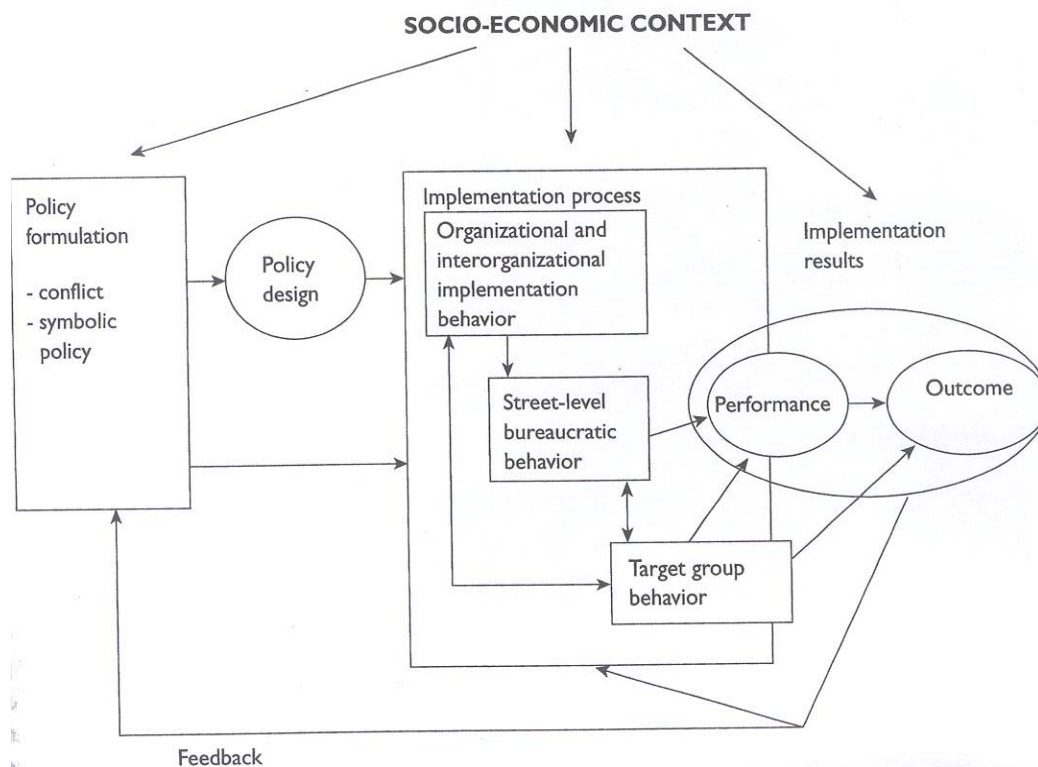
Winthers integrative tilgang (Winther 2003) har fokus på, at implementerings-output - og implementeringssucces eller -fiasko – afhænger af på den ene side positionerne og relationerne mellem de offentligt ansatte og på den anden side af de holdninger som målgruppen besidder og deres samspil med den offentlige administration.

Policy-processen beskrives normalt ud fra et antal faser, hvor implementeringen er en separat fase som følger efter en beslutningstagning og efterfølges af evaluering (Premfors 1989; Michelsen 2004). Der er udviklet forskellige tilgange til implementeringsteori, og det er normalt at skelne mellem top-down tilgange og bottom-up tilgange, men også tilgange som integrerer de to (Winter 2003).

*Top-down* tilgangen har fokus på den turbulens som afstedkommer, når information passerer fra top-beslutnings-magere gennem et antal beslutningspunkter i det administrative hierarki indtil disse når de offentligt ansatte, som implementerer beslutningerne i det direkte møde med målgrupperne. Implementerings-fiasko eller -succes afhænger af, hvor meget eller hvor lidt af den oprindelige beslutning, der er implementeret. *Bottom-up* tilgangen har fokus på, hvordan de offentlige ansatte servicerer målgruppen på basis af de offentlige reguleringer. Fx fokuserer nogle tilgange udelukkende på hvilke strategier street-level bureaukraterne (de medarbejdere der er tættest på brugere/borgerne) anvender (Lipsky 1980) i deres daglige arbejde. Der er således også nylige tilgange som kombinerer disse to (Winter 2003). Winthers integrative model:

---

<sup>4</sup> En del af afsnittet bygger på rapporten: Delivery 7 Report on the impact of conflicts/synergies and policy proposals for implementing the EU Action Plan in member states. Johannes Michelsen and Anne-Marie Tyröll Beck . University of Southern Denmark. EUROPEAN ACTION PLAN FOR ORGANIC FOOD AND FARMING. 2007.



Modellen består af følgende faser og aktørgrupper:

- *Et politikformuleringsniveau* hvor politik formuleres. Politikformuleringsprocessen kan også direkte påvirke implementeringsprocessen udenom policy designniveauet.
- *Et policy design niveau* hvor policy for de forskellige forvaltningsområder designes – det er en særskilt fase.
- *En implementeringsproces* hvor implementeringens succes- eller fiasko er afhængig af målgruppernes holdning til politikken.
- *Performance* eller præstation ligger i feltet mellem proces og resultat. Det er det implementerende niveau og målgruppeniveauets præstation der er i fokus: Hvordan udmøntes politikken.
- *Outcome* er udkommet på kort, mellemlangt og langt sigt.
- *Feedback* er sløjfen tilbage til det politikformulerende led, som også kan gå tilbage til implementeringsprocessen.
- *Socioøkonomisk kontekst* dvs. de rammebetingelser som politik kredsløbet gennemføres indenfor. Socioøkonomisk kontekst kan fx være de økonomiske rammebetingelser i forbindelse med strukturreformen, ændrede sundhedsprofiler for kommune, ændrede demografiske data fx flere ældre, eller på et mere overordnet plan den ændrede politiske rammesætning for kommunernes virke, ændret økonomisk klima, ændret opgavefordeling mellem stat, region og kommune.

Modellen indeholder et *horisontalt snit* med en beskrivelse af policyprocessen: *Politik formulering, politik design, politik implementering, politik output og outcome, feedback og den socioøkonomiske kontekst*. Modellen har et *vertikalt snit* indeholdende en række aktør-grupper:

- *Et politikformulerende niveau*. Det politiske niveau og den administrative ledelse er her repræsenteret.
- *Et implementeringsniveau* som indeholder følgende målgrupper; street-level bureaukraterne og målgruppen (dvs. brugere og borgere).
- *Et output og et outcome niveau* som er resultaterne af implementeringsprocessen og som skaber grundlaget for en feed-back til policy design fasen.

Modellen kan anvendes *ex-post* eller *ex-ante*. Modellen er *ex-post*<sup>5</sup>, idet det forudsættes, at der er truffet beslutning om en given politik, som efterfølgende skal implementeres.

## 5.1 Forståelse, kapacitet og vilje

Winthers integrative model og selve implementeringsprocessen kan uddybes med disse tre nedenstående begreber: Forståelse, kapacitet og vilje. Implementeringens succes eller fiasko afhænger af relationen mellem alle aktører i implementeringsprocessen. Vedung (1997) fremhæver, at succesfuld implementering afhænger af, at aktører på alle niveauer besidder tre typer af egenskaber (Vedung 1997: 226f; Vedung 1998: 180f):

- *Forståelse* - viden om og forståelse for konsekvenserne af den politiske beslutning, som skal implementeres.
- *Kapacitet* i form af finansielle og uddannelsesmæssige ressourcer som er relevante for at en given politisk beslutning kan implementeres.
- *Vilje* forstået som aktørernes selv-betragtende opførsel, holdningsmæssige match eller *regulatory capture*<sup>6</sup>. Med vilje forstås her holdningsmæssigt match mellem den politiske beslutning, som skal implementeres og aktørernes vilje til at gennemføre denne.

En top-down styret tilgang fokuserer på, at variation i forståelse, kapacitet og vilje skaber kommunikationsproblemer indenfor hierarkiet, altså fra den offentlige administration til det udførende led og målgruppen.

En bottum-up tilgang har fokus på det implementerende niveauets forståelse, kapacitet og vilje til at assistere målgruppen med problemløsning. En mulig analyseramme på en politisk implementeringsproces kan derfor specificeres med disse tre egenskaber. Hvis der fx er divergerende opfattelser af, hvordan en bestemt politik skal implementeres - der er forskellige kapaciteter eller ressourcer til stede i forbindelse med implementeringen eller viljen ikke er der - så bliver implementeringen af en politik en fiasko. En evalueringsmodel, der kortlægger de tre typer af egenskaber kan imødekomme dette. I det efterfølgende vil der være særligt fokus på kapacitetsbegrebet.

---

<sup>5</sup> *Ex-post* evalueringer er tilbageskuende evalueringer og *ex-ante* er fremadskuende evalueringer dvs. hypotetiske vurderinger af hvilke konsekvenser en given politik ville få for en implementeringsproces hvis den blev implementeret.

<sup>6</sup> *Regulatory capture* er et begreb, som anvendes for at henvise til situationer, hvor en regerings reguleringsorgan som er skabt til at handle i offentlighedens interesse, i stedet handler til fordel for kommercielle eller særlige interesser, der dominerer indenfor industri eller anden sektor. *Regulatory capture* opstår fordi grupper eller enkeltpersoner har særinteresser i forhold til udfaldet af politiske beslutninger og forsøger at få de politiske beslutninger gennemført ud fra egne præferencer. Wikipedia

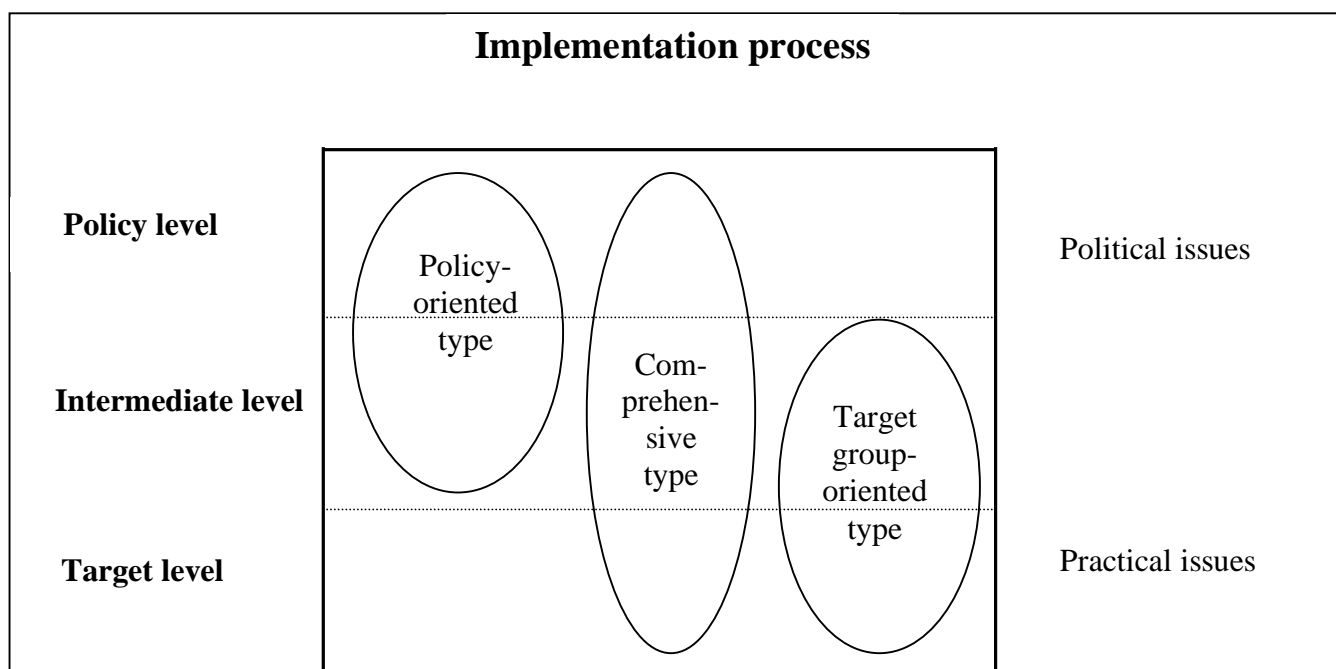
## 5.2 Kapacitetsbegrebet

Figuren nedenfor kunne være en mulig måde at kategorisere implementeringsprocessens kapaciteter på. *Kapacitet* var defineret som de finansielle og uddannelsesmæssige ressourcer som er relevante for at en given politisk beslutning kan implementeres.

Implementeringsprocessen er i figuren beskrevet ud fra tre idealtyper:

- den policy-orienterede type
- den komprehensiv type
- målgruppetypen

Der er tre implementeringsniveauer: Politikniveauet, et mellemliggende niveau og målgruppeniveauet. Genstandsfeltet for implementeringen kan være praktiske eller politiske emner. Figuren er præsenteret nedenfor<sup>7</sup>.



Ét af de ovale felter refererer til de *policy-orienterede aktører*. De kan evt. være positioneret på det politiske eller det mellemliggende niveau, men de har en fælles forståelse for at koble policy beslutninger med implementering og en orientering mod politiske emner. De politikorienterede typer af aktører er politik-orienterede administrative medarbejdere, lobbyister også fra det private felt og organisationer, som har en bredere politisk interesse.

*Målgruppe-orienterede aktører* er den modsatte form for aktører. De er positioneret på det mellemliggende niveau eller målgruppe-niveauet og har en fælles orientering mod at koble implementering og målgruppeadfærd dvs. i forhold til praktiske emner. Disse aktører er brugere, borgere og evt. private firmaer. *Den komprehensiv type* af aktører er positioneret på et hvilket som helst af de tre implementeringsniveauer, og de har en fælles interes-

<sup>7</sup> Kilde: Reports on focus group discussions. Implementing the European Organic Action Plan in EU member States. Stakeholders' perceptions of implementation problems and coping strategies. 2007.

se i at koble de tre niveauer og skabe en slags konsistens mellem politiske og praktiske emner. Den komprehensiv type af aktører kan være interesseorganisationer, som fx varetager forbrugernes interesser på alle niveauer.

I den kommunale kontekst kunne den policy orienterede type være politiske udvalgsrepræsentanter og ledende administrative medarbejdere. Den komprehensiv type kunne være repræsenteret ved råd og nævn, som fx i Ny X Kommune: Beboerklagenævn, Ældre-råd, Integrationsråd, Erhvervskontor osv. Målgruppetypen kunne være de implementerende aktører fx administrative medarbejdere.

### **5.3 Konflikt, synergi og ambivalens**

Én af ideerne bag implementeringsteori er, at implementeringens succes eller fiasko afhænger af de interessekonflikter og værdikonflikter der er mellem (eller indenfor) politiske partier, interesse grupper, eksperter og andre typer af aktører, der deltager i den politiske proces. En politisk beslutning balancerer derved interesser og synspunkter, som er/kan være konfliktfyldte. Som det kan ses af Winthers integrative model, er implementeringsprocessen en fortsættelse af den politiske beslutning på et givent område og nye konflikter kan opstå mellem nye aktører på alle niveauer i processen.

En anden central pointe indenfor implementeringsteori er i forhold til implementeringen af *indholdet* i den politiske beslutning. Det er generelt således, at analyser af implementeringsprocesser, som er baseret på en top-down tilgang, anbefaler, at politiske beslutninger skal være utvetydige. På den anden side er politiske beslutninger ofte præget af ambivalens, idet der ofte er flere mål og målene er uklare. Konflikt og tvetydighed er forskellige aspekter af implementeringsproblemer. En tvetydig beslutning kan være forårsaget af mangel på viden.

Der er skrevet en del om hvad der skaber implementeringsproblemer og fiasko, og meget lidt om hvad der skaber implementeringssucceser. Et fælles værdisystem og et lavt eller fraværende konfliktaspekt medfører en højere succesrate. Dahler-Larsen (2001) fremhæver, at politikprogrammer kan forekomme uforventet succesfulde hvis og når de interagerer med andre kontekstuelle faktorer, fx andre politikprogrammer på en måde, så disse forstærker det politiske program i fokus.

## 6. Logiske modeller

Som tidligere nævnt beskrives policy processen normalt ud fra et antal faser, hvor implementeringsprocessen er en separat fase, som følger efter en beslutningstagning og efterfølges af evaluering. Men i Winthers integrative model er implementering indeholdt i alle faser. Implementeringsmodellen har en række lighedspunkter med logiske modeller.

Evalueringsdesignet er desuden baseret på at undersøge den kommunale praksis for at dokumentere den sundhedsfremmende indsats og evaluere effekter af denne indsats og sandsynliggøre sammenhænge mellem sundhedsfremmende indsatser og effekter. Logiske modeller er programteorier og kan anvendes som analyseramme for evalueringssopgaver hvor hensigten er at undersøge og dokumentere sammenhænge mellem mål, indsatser, processer og effekter. Modellen kan vi anvende til at planlægge, implementere og evaluere sociale indsatser (W.K. Kellogg Foundation 2004, s. 1). "Logisk" betyder ifølge Nudansk Ordbog bl.a. *"som følger af noget andet som det eneste el. mest rimelige, el. som er sammenhængende og rimelig."* I samme bog betyder "model" bl.a. *"en skematisk og forenklet fremstilling af en teori"* (Nudansk Ordbog 2005).

En logisk model er en systematisk og visuel måde at præsentere en forståelse for sammenhængen mellem de ressourcer, der er til rådighed, de aktiviteter det planlægges at udføre og endelig de resultater, man håber at opnå. En logisk model tydeliggør og ekspliciterer forestillingerne om, hvordan en given indsats tænkes at virke – en logisk model hjælper med at forklare, hvordan en indsats omsættes til resultater. I figuren nedenfor illustreres den logiske model grafisk:

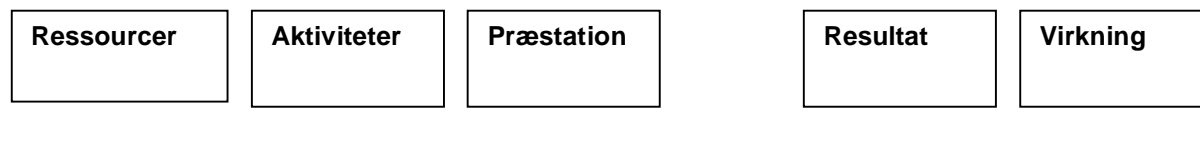
Der er behov for midler for at iværksætte indsatsen

Hvis der er adgang til midlerne så kan de bruges til at gennemføre de planlagte aktiviteter

Hvis de planlagte aktiviteter gennemføres, så vil den planlagte service (forhåbentlig) blive leveret

Hvis de planlagte aktiviteter gennemføres i det omfang som tilsigtet, så vil deltagerne have nytte af det på forskellig måde

Hvis deltagerne rent faktisk opnår nytte, så vil forventes der visse ændringer i organisationen, systemet eller samfundet



Planlagte aktiviteter      · Gennemførte aktiviteter

Logiske modeller er et redskab i forhold til at skabe fælles forståelse omkring en given indsats, og hvordan aktiviteterne hænger sammen. Men også i forbindelse med evaluering har logiske modeller deres styrke. I en virkningsevaluering tages der udgangspunkt i tydeliggjorte og eksplicite forestillinger om, hvorfor og hvordan en given indsats virker – det vi kalder programteorien eller den logiske model bag en indsats. Evalueringens hovedspørgsmål er, ”kan vi bekræfte, afkræfte eller udvikle forestillingerne bag indsatsen med henblik på en løbende forbedring af indsatsen?” Hvis de tilsigtede mål ikke opnås, opererer virkningsevalueringen med to typer af fejl: Teori- og implementeringsfejl. En teorifejl er til stede, hvis de grundlæggende forestillinger om, hvorfor en indsats tænkes at virke, er forkert. En implementeringsfejl foreligger, hvis indsatsen på den praktiske side ikke er blevet ført ud i livet, sådan som det i princippet var tænkt. Når man laver en virkningsevaluering tager man udgangspunkt i programteorien, dvs. forestillingerne, der knytter indsats og resultat sammen. På jævnt dansk betyder det, at hvis vi gør sådan, så sker der det og når det sker, så sker der det ... som til sidst fører til det ønskede resultat.

Virkningsevaluering vil blive anvendt på case-studierne i Ny X Kommune.

## 7. Analyse af sundhedspolitik

### *Formål og metode*

Projekt Syd-aktiv har som overordnet mål, at mindske adipositas problemer og overvægtsproblemer blandt børn og unge i grænseregionen. Som en del af undersøgelses- og analysedesignet indgår disse formål:

- At undersøge den kommunale sundhedsfremmende praksis i forhold til dels overvægtsproblematikken, dels i forhold til de settings som de 3-16 årige agerer i.
- At undersøge den kommunale praksis for at dokumentere den sundhedsfremmende indsats og evaluere effekter af denne indsats.
- At undersøge og sandsynliggøre sammenhænge mellem sundhedsfremmende indsatser og effekter.
- At analysere den kommunale praksis ud fra relevant teori.

Analysen af sundhedspolitikken er baseret på data og viden frembragt i kommunen og via interviews med kommunale nøglepersoner. Til *desk-researchen* indgår en række dokumenter som følger:

1. Visionen for Ny X Kommune, som er udarbejdet i foråret 2004 af firmaet Henrik Larsen A/S.
2. En hvidbog, som beskriver hvilke visioner og mål der er med at sammenlægge de syv kommuner. Denne hvidbog har Ny X Kommune i al væsentlighed som grundlag for kommunens arbejde.
3. En sammenhængende børnepolitik, som er vedtaget.
4. Frivillighedspolitikken i X Kommune, som er vedtaget.
5. Kommunens sundhedspolitik.

Der er foretaget *tre interviews* med kommunale nøglepersoner med henblik på dels at få undersøgt den kommunale praksis i forhold til de 3-16 åriges sundhed dels at få belyst sammenhænge mellem den kommunale politik og den kommunale praksis. Fokus er på



det *politisk-administrative niveau* og her vil kommunens politikker, målsætninger og implementeringsstrategier blive kortlagt.

Først præsenteres organisationsstrukturen i kommunen efterfulgt af grundlaget for det kommunale arbejde i Ny X Kommune og efterfølges af en præsentation af den sammenhængende børnepolitik, frivillighedspolitikken og sundhedspolitikken.

## 8. Organisationsstrukturen

Der er i alt 10 fagcentre og fire stabsfunktioner i kommunen. Politikområderne hører hjemme i Fagcenter for Børn og Uddannelse, Fagcenter for Kultur og Fritid og Fagcenter Sundhed. I konstitueringsaftalen har man besluttet, at sundhed er en værdi som skal gennemsyre hele det kommunale system<sup>8</sup>. Som det vil fremgå af det efterfølgende er det ikke kun sundhedsudvalget, men alle udvalgsområder, der er forpligtet herpå, fx anføres det, at sundhedsfremme er et centralt element i frivillighedspolitikken.

### *Fagcenter Sundhed*

Det er Fagcenter Sundhed, der har ansvaret og er initiativtager i alle forhold vedrørende sundhed, men det vil normalt foregå i et samarbejde med de fagcentre, som har ansvaret for de udførende led fx vil strategier og planer for skoleelevers sundhed typisk blive udviklet i et tæt samarbejde med Børn og Unge-udvalget og fagcenter Sundhed. Idet de kommunale forpligtigelser i forhold til sundhedsområdet er lagt over på kommunerne, tidligere amtet, er de økonomiske udgifter nu det dobbelte af, hvad kommunen tidligere fik fra amtet. Sundhedsudvalget følger op på de konkrete projekter i fagcenteret, og hvis projekterne ikke opnår de tilsigtede effekter, bliver de lukket ned. Hvis de opnår de tilsigtede resultater, indgår de som en del af driften. Borgerinddragelse er blevet en del af arbejdsproceduren, idet den nuværende sundhedspolitik har været til høring i kommunen.

### *Fagcenter Børn og Uddannelse*

På *skoleområdet* er fagcentrene Børn og Uddannelse og Sundhed, rådgivende og vejledende i forhold til dagtilbud og skoler. Der er årligt møde mellem de politiske udvalg og bestyrelserne for daginstitution og skoler. Derudover er fagcenteret i tæt dialog med daginstitutioner og skoler for, at understøtte skolernes og dagtilbuddenes arbejde med at opfylde målsætninger og har desuden en tilsynsopgave.

### *Fagcenter Kultur og Fritid*

I forhold til frivillighedsområdet er der etableret et Frivillighedsråd, som består af repræsentanter fra det frivillige sociale arbejde og kommunens frivillighedskonsulent. Frivillighedsrådet har en høringsopgave i forhold til budget og tildeling af tilskud og kan tage initiativer på området og afholde temadage i samarbejde med konsulenten. Kommunal økonomisk støtte er baseret på Servicelovens § 18, og der kan søges midler indenfor fire puljer. Ansøgninger vedrørende tilskud til drift af eksisterende aktiviteter behandles administrativt med efterfølgende orientering til sundhedsudvalget, ligesom ansøgninger vedrørende nye aktiviteter.

---

<sup>8</sup> Interviews med kommunale nøglepersoner i X Kommune

Der arbejdes generelt ud fra mål og rammestyring. GPS er et godkendt politisk styringsredskab, hvor der er formuleret budgetter og drifts- og udviklingsmål, hvordan der følges op på målene og hvilke resultater, der er opnået. På *daginstitutionssområdet* skal der i forhold til de pædagogiske læreplaner ske en selv-evaluering, som fagcenteret skal sammenskrive til en fælles afrapportering til udvalget, som på baggrund heraf skal foretage prioriteringer. Skolerne evaluerer via kvalitetsrapporter.

### 8.1. Grundlaget for kommunens arbejde

I hvidbogen beskrives en række politiske målsætninger som er forudsætninger for, at kunne implementere visionerne om at blive et førende vækstcenter, styrke vidensamfundets erhverv og uddannelse i et internationalt perspektiv, skabe mere kvalitet i borgerservicen og styrke demokrati og politisk lederskab.

De visioner, mål og styringsredskaber, der lægges op til i hvidbogen er:

- *Politisk lederskab,*
- *Styringsprincipper*
- *Styrkelse af ledelseskompetencer*
- *Kompetencefordelingsplan*
- *Styringsrelationen*
- *Budgetlægningen.*

*Det politiske lederskab* bygger på, at der skal være tydelige *kapaciteter* i form af stærk ledelseskraft, kompetencer til at kunne tænke strategisk, være dialogbaseret og professionel i form af at kunne forankre konkret beslutningstagen i visioner, værdier og politikker. Dermed bygger det også på, at *viljen* til at være leder skal være til stede. Den politiske ledelse skal kunne gennemføre ambitiøse politiske visioner, men også kunne gå i dialog med borgere om praktiske forhold.

*Styringsprincipperne* er baseret på værdibaseret ledelse på alle niveauer i organisationen, og *ledelseskompetencerne* på det decentrale, implementerende niveau skal være en målsætning for at sikre rekruttering, fastholdelse og udvikling af medarbejdere. Styringsrelationen mellem det politisk-administrative niveau og det institutionelle niveau skal ske via BUM-modellen og effektmåling. *Kompetencefordelingsplanen* er fastlagt med henblik på, at de forskellige aktørgruppers roller og ansvarsfordeling er tydeliggjort. Der refereres til hvilke roller og ansvarsområder kommunalbestyrelsen, udvalgene og ledere og medarbejdere har i forbindelse med politikformulering, implementering og implementeringens output. *Budgetlægningen* skal ses i sammenhæng med kommunens visioner og mål og være flerårig.

#### *Dialog og decentralisering*

Det er desuden formuleret som en målsætning, at dialogen mellem det politisk-administrative niveau og det udførende niveau skulle styrkes, at dialogen mellem politikere og borgere skulle styrkes og at borger- og bruger-demokratiet skulle styrkes. Der er således i politikformuleringen i Ny X Kommune lagt op til, at dialogen mellem det politik formulerende-niveau, det implementerende niveau (skoler, daginstitutioner) og målgruppeniveauet skal styrkes (elever, børn, forældre). Ligesom den administrative struktur forudsæt-

ter, at der er en meget tæt dialog mellem fagcentrene for at undgå konflikter om opgave-, ansvar- og kompetencefordeling.

Midlerne hertil er både faglig og økonomisk decentralisering og etablering af en større grad af inddragelse fx i lokalråd, dialogsystemer mellem brugerstyrelser og det politiske system. Dialogbaseringen mellem de forskellige aktørgrupper kan være med til at skabe synergi mellem politik-programmerne i kommunen.

## 9. Politikker

### 9.1 En sammenhængende børnepolitik

Fagcenter Børn og Uddannelse har i sin strategiplan en sundhedsstrategi, som har til hensigt at koble sundhedsfremme med implementering af læreplaner i dagpleje og daginstitution, og dels at koble det gode liv og arbejdet med KRAM-faktorer<sup>9</sup> til Fælles Mål for skolens undervisning og at fremme børns livsglæde på SFO området.

Det er Fagcenter Sundhed der udstikker rammerne for kommunens arbejde med sundhed, og Fagcenter Børn og Uddannelse der agerer i forhold til disse rammer, og der foregår et samarbejde om projekter mellem fagcentrene bl.a. et projekt på skoleområdet om *det gode liv, sundhed og trivsel*.

Ny X Kommunes sammenhængende børnepolitik bygger dels på et sæt visioner, en række mål for den sammenhængende børnepolitik, værdier, metoder indenfor en række settings. Grundlæggende arbejdes der ud fra det brede og positive sundhedsbegreb. Fokus er at skabe handlekompetente borgere med henblik på at opbygge ressourcer og evner til at kunne leve et godt liv.

**Visionen** er, at alle børn og unge har ret til et godt liv<sup>10</sup>. *Det gode liv* kommer til udtryk i mindst fire forebyggelsesmål. A) et dannelses- og læringsmål, hvor fokus er på relevante læringsmiljøer og mestringskompetencer, b) et mål hvor fokus er på sundhedsfremmende miljøer i bred forstand og c) et mål, som især har fokus på fremme af sociale relationer.

Vejen til *det gode liv* udvikles gennem et *sæt værdier* som er: Ligeværdighed, tolerance, respekt og via forskellige metoder fx inddragelse, deltagelse, dialog og ressourcetænkning. *Alle settings* er inddraget i disse mål, herunder daginstitution, skole, familien, gaden og det offentlige rum, fritidsklubber og foreninger. Derudover er der formuleret en række mål for den sammenhængende børnepolitik, som bygger på følgende temaer: Forebyggelse, ansvar, tidlig indsats, helhed og sammenhæng og nærhedsprincippet. I hvert tema skelnes der mellem politisk målsætning og udviklings- og servicemål.

*Forebyggelsestemaet* bygger på målet om at børn, unge og forældre selv kan/skal være opsøgende for at modtage den nødvendige forebyggende information, hvilket svarer til den danske regerings nationale sundhedsprogram fra 2002 "Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010". Programmet har også fokus på, at forbedret sundhed forudsætter, at vi vedkender os vores (hvem) ansvar. Samtidigt lægger

<sup>9</sup> KRAM står for kost, rygning, ansvar og motion

<sup>10</sup> Sammenhængende Børnepolitik for X Kommune s.6

forebyggelsesdiskursen op til, at sundhedsfremme er for alle og ensbetydende med at udvikle netværk og ressourcer. Flowchart figur for forebyggelse:

Forebyggelse			
Mål	Aktiviteter	Præstationer	Virkninger
<p>Alle børn og unge kan modtage den nødvendige forebyggende information.</p> <p>Sundhedsfremme for alle børn og unge.</p>	<p>Udvikle netværk og sociale kompetencer</p> <p>Sundhedsfremmende miljøer.</p>	<p>Decentrale inst. indgår driftsaftale med fagcenter.</p> <p>Udvikle konkrete sociale kompetencer.</p> <p>Alle børn deltager i konkrete fritidsnetværk.</p> <p>Der skabes gode lære- og væresteder på alle institutioner.</p>	<p>Tegn på sundhedsfremme for alle børn og unge.</p>

*Ansvarstemaet* hænger sammen med forebyggelsestemaet og bygger på et fælles værdigrundlag som handler om at sikre det gode liv. Der ligger forskellige underværdier/mål i temaet: Et medindflydelsesmål, at (forældre) medindflydelse skaber det gode børne- og ungdomsliv. Et mål hvor fokus er på deltagelse, at forældres aktive deltagelse i børn og unges liv skaber god trivsel og et metodemål, hvor fokus er på at en anerkendende tilgang skaber det gode liv.

Ansvar			
Mål	Aktiviteter	Præstationer	Virkninger
<p>Forældre og kommune har et fælles ansvar for at sikre et godt liv for alle børn og unge og hjælpe med at støtte udsatte og truede unge.</p>	<p>Medindflydelse</p> <p>Metoder som fx anerkendende tilgang.</p> <p>Forældre deltager aktivt i skole og dagtilbud.</p>	<p>Fagcenter Børn og Uddannelse sikrer at inst. har fokus på forældres aktive deltagelse, og har ansvar for kurser om det gode forældresamarbejde.</p> <p>Familieafd. tager stikprøver for at sikre dette.</p>	<p>Tegn på at forældre og kommune oplever et fælles ansvar og sikrer et godt liv for alle børn og unge.</p>

*Tidlig indsats* bygger på et mål om sammenhænge mellem prioritering af indsatser og ressourcer og er forebyggende ift. anbringelse. Tværfaglig indsats er et andet mål, som skal sikre livskvalitet.

Tidlig indsats			
Mål	Aktiviteter	Præstationer	Virkninger
Forhindre at børn og unges problemer vokser sig store.  Forbedret livskvalitet.	Tværfaglig indsats.  Forebyggelse.  Tidlig indsats.	Fagcenter udarbejder strategier og økonomi-modeller som stimulerer en tidlig indsats i normalsystemet.  Udarbejder strategier for fortløbende kommunikationsplan mellem alle aktører.	Tegn på forbedret livskvalitet.

*Helhed og sammenhæng* bygger på målet om, at sikre sammenhænge og overgange mellem institutionelle settings, der bidrager til at skabe et bedre børne- og ungdomsliv.

Helhed og sammenhæng			
Mål	Aktiviteter	Præstationer	Virkninger
Skabe sammenhæng og helhed i børn og unges liv.	Gode overgange mellem dagtilbud og skole.  Mellem normal og specialtilbud.	Udfærdige procedurebeskrivelser for overgange mellem institutioner/skoler og normal – specialtilbud.	Tegn på gode sammenhænge og helhed i børn og unges liv.

*Nærhedsprincippet* bygger på målet om, at det nære miljø skal inddrages i videst muligt omfang, fx ved at flere børn og unge anbringes i plejefamilier i kommunen. *Værdierne* er nærhed, ansvar og helhed, og metoderne er anerkendelse, medinddragelse, tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde.

### **Konkrete projekter indenfor Fagcenter Børn og Uddannelse**

På *daginstitutionsområdet* har der været et projekt om bevægelse, hvor fokus var på legepladserne. Formålet var, at udvikle legepladserne, så der var mulighed for bevægelse, og ud fra en formodning om at det ville øge børns lyst til bevægelse. Daginstitutionerne arbejder med at koble kostpolitik og bevægelse med de pædagogiske læreplaner. Desuden har fagcenteret et projekt med 37 daginstitutioner med fokus på bevægelse og naturen. På *SFO-området* er der projekt Livsglæde, som er en indsats, der har fokus på fem parametre: Tryghed, trivsel, engagement, flow og meningsfuldhed. Der arbejdes med at implementere og anvende forskellige evalueringsskemaer. Sammenhængende hermed er der et projekt, som handler om inklusion – inklusion af udsatte børn og fremme af livsglæde. Dette projekt bestod bl.a. i at kompetenceudvikle lærere i skolen i forhold til at fremme inklusion af elever i fællesskaber og reduceret antallet af udskilte. Der er ansat to inklusionsmedarbejdere, som kan understøtte det pædagogiske personale.

Sammenhængene mellem overgange fra dagpleje til dagtilbud og fra dagtilbud til skole er udformet af fagcenteret og skal sikre en ressourceorienteret beskrivelse af børnene.

## 9.2 Frivillighedspolitik

Politikken baserer sig på værdien af, at borgeren tager medansvar for at løse opgaver indenfor social- og sundhedsområdet samt på målsætningerne om, at inddrage borgerne i det frivillige sociale arbejde samt at styrke samarbejdet mellem kommunen og de frivillige organisationer. Frivillighedspolitikken baserer sig på lov om social service, som stiller krav om, at kommunerne skal samarbejde med frivillige sociale organisationer/foreninger og yde økonomisk støtte til deres virksomhed. I frivillighedspolitikken nævnes en række målgrupper for det frivillige arbejde som er de samme som den sociale sektor beskæftiger sig med. Sundhedsfremme formuleres som et væsentligt tema.

Frivillighedspolitik			
Mål	Aktiviteter	Præstationer	Virkninger
Inddrage borgerne i det frivillige sociale arbejde og styrke samarbejdet mellem kommune og borger.	Frivillighedsråd. Dialog med frivillighedscenteret. Borgerinddragelse Inddragelse af frivillige sociale organisationer. Sikre dialog og koordinering mellem systemerne Udarbejdelse af social vejviser.	Etablering af et frivillighedsråd som har høringsopgave.  Ansøgninger fra frivillige organisationer vurderes på om sundhedsfremme indgår.	Tegn på at borgerne i det frivillige sociale arbejde er inddraget og at samarbejdet mellem kommune og borger er styrket.

Af konkrete opgaver kan nævnes, at kommunen har iværksat et pilotprojekt i én af idrætshallerne, hvor kommunen har stillet maskiner til rådighed som kan producere sunde fritter, på den betingelse at hallen fjerner slik fra hylderne og tilbyder frugt og grønt som alternativ. Desuden er der begyndt en debat i kultur- og fritidsudvalget om at stille betingelser på sundhedsområdet til idrætshallerne generelt for at kunne modtage økonomisk støtte.

## 9.3 Sundhedspolitikken

Det er Fagcenter Sundhed, der har ansvaret, og er initiativtager på alle forhold vedrørende sundhed. Borgerinddragelse er blevet en del af arbejdsproceduren, idet den nuværende sundhedspolitik har været til høring i kommunen. X Kommunes sundhedspolitik bygger dels på et sæt af visioner<sup>11</sup>, en række målsætninger, centrale settings og hvad der kan påvirke folkesundheden.

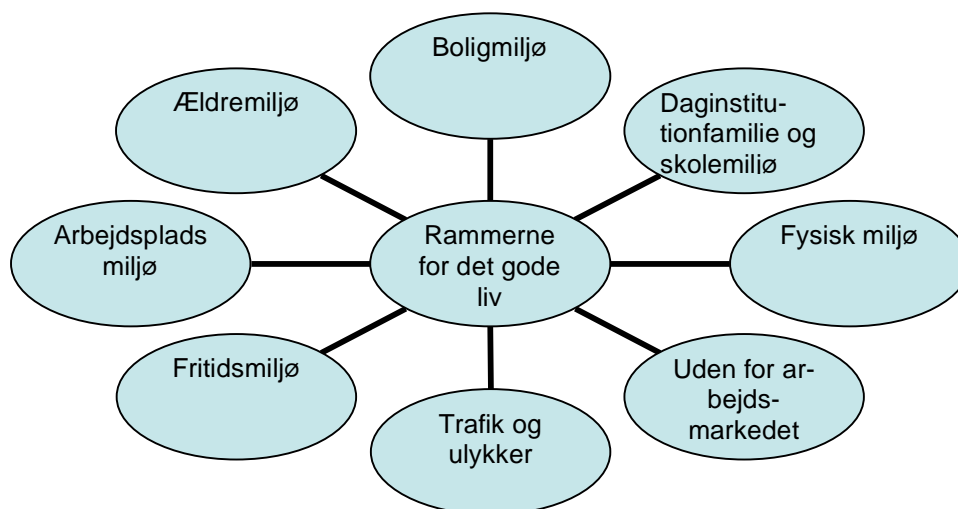
Der er i politikken for området præsenteret visioner for sundhedsområdet. *Visionerne* bygger på en række forskellige mål

- Et mål hvor fokus er på sammenhæng mellem gode rammer og gode vaner.
- Et forebyggelsesmål som ser på sammenhæng mellem forebyggelse og sundhedsfremme.
- Et ansvarsmål, hvor de forskellige settings i et samarbejde tager ansvaret for sundhedsudviklingen.

<sup>11</sup> Fagcenter Sundhed, X Kommune. Sundhed og sundhedspolitik. X Kommune, 30. april 2008. Debatoplæg som skal danne baggrund for sundhedspolitik i X Kommune. Til godkendelse 16. juni 2008 i udvalgene og 29. juni i byrådet.

- Et mål med fokus på social ulighed – skal tænkes ind i politik og praktisk udmøntning.
- Et mål med fokus på sundhedsforståelser, som indeholder emner som lang levetid og høj livskvalitet.
- At sundhed som emne er tværgående i al politik.

Værdierne er mere underforstået i dette politikfelt, som fx det gode og det sunde liv og livskvalitet. *De overordnede målsætninger* er fokuseret på de settings, som har en betydning for det gode liv:



Der bliver i debatoplægget peget på, at der er flere forhold der kan påvirke folkesundheden, a) de sundhedsmæssige rammer de lever under, b) de risikofaktorer borgerne udsætter sig for, det vil sige deres livsstil, c) de sygdomme, de rammes af og d) om de tilhører særligt udsatte grupper. Samlet set kan det siges, at sundhed er tænkt som både det snævre, positive sundhedsbegreb og det brede, positive sundhedsbegreb.

### Konkrete projekter i Fagcenter Sundhed

Kommunen afsætter en del økonomiske ressourcer til sundhedsfremme på skoleområdet. De første år efter kommunesammenlægningen, blev der afsat 1 million kroner til fire pilotprojekter i folkeskolen. Det er disse pilotprojekter, der vil blive præsenteret i efterfølgende afsnit. Det efterfølgende år er der afsat 3 millioner kroner til alle skoler i Ny X Kommune, så de kan deltage i sundhedsfremmende initiativer. Desuden er der afsat økonomiske ressourcer til legepladser i daginstitutioner og skoler.

Derudover afsættes økonomiske midler til forskellige projekter og kompetenceudvikling fx kronikeruddannelse, Fitness-mobile med tykke børn, mere sund mad i idrætshallerne, trivsel blandt kommunalt ansatte, trafikikkerhed og social ulighed i sundhed. I Fitness-mobile-projektet er der fokus på, om børnene faktisk taber sig. Sundhedsudvalget har foretaget varige investeringer, fx otte nye stier til motion: En hjerte sti med mere, hvor hensigten er at borgerne skal bevæge sig mere. På den ene sti er der sat måleapparat op, så det er muligt at registrere, hvor mange der benytter stisystemet.

Kommunen har fået bevilliget 5 millioner kroner af Bygge- og Anlægsfonden til at arbejde med sundhedsfremme i fire boligkvarterer. Det er lejeboligområder og er prioriteret ud fra en begrundelse om, at iværksætte en indsats i forhold til de sociale uligheder i sundhed. Der er ansat en tovholder til dette.

*Sundhedsplejen* spiller en vejledende og rådgivende rolle i forhold til familier, dagtilbud og skoler. I forhold til familier er det især småbørnsfamilier (0–2 årige) som har prioritet. Derudover har sundhedsplejen konsulentfunktioner i forhold til dagtilbud og skoler: Faglig sparringsopgaver over for pædagoger og lærere. Endeligt kan der være tale om, at sundhedsplejersken har gruppesamtaler med skoleelever. Implementering af en praksis som baserer sig på værdierne i kommunens politikker sikres gennem samarbejde mellem sundhedsplejerskerne og samarbejdet mellem leder og sundhedsplejersker.



Samlet oversigt over indsatser indenfor Fagcenter Sundhed:

Fagcenter Sundhed			
Mål	Aktiviteter	Præstationer	Virkninger
Sundhed, trivsel og det gode liv.	<p>Sundhedsfremmende projekter på skolerne: afsat 1 mio. kroner.</p> <p>Legepladser på skoler og daginstitutioner.</p> <p>Fitness-mobile.</p> <p>Truede piger.</p> <p>Nye stisystemer.</p> <p>Sundhedsfremme i boligområder (5 mio.).</p> <p>Samarbejde med det frivillige idrætsliv.</p> <p>Udbygning af cykelstinet.</p> <p>Park og strand som rekreative områder.</p> <p>Bedre sundhed i børns hverdag.</p> <p>Ung til ung-korps.</p> <p>Familietelefonen.</p> <p>"Sunderen".</p> <p>Handlingsplan i daginstitutioner.</p> <p>Bevægelse i dagplejen med DGI's gymnastikkaravane.</p> <p>Sundhed i skolen.</p> <p>Sund kost på ungdomsuddannelserne.</p> <p>Morgenmad for 10. klasser.</p>	<p>Vægttab.</p> <p>Øget trivsel.</p> <p>Øget bevægelse .</p> <p>Ændret social ulighed i sundhed.</p> <p>Sunde fritter og nul slik og generelt øgede sundheds-mæssige krav til idræts-haller.</p> <p>Gøre skolevejen mere sikker.</p> <p>Øget fysisk aktivitet.</p>	Tegn på sundhed, trivsel og det gode liv.

## Opsummering

*Grundlaget for det kommunale arbejde* bygger bl.a. på hvidbogen som indeholder visioner, mål og styringsredskaber. Dialog og decentralisering er vigtige styringsredskaber i dialogen mellem det politisk-administrative niveau og det udførende niveau samt i dialogen mellem politikere og borgere. Midlerne hertil er både faglig og økonomisk decentralisering og etablering af en større grad af interessent inddragelse fx i lokalråd, dialogsystemer mellem brugerstyrelser og det politiske system. Dialogbaseringen mellem de forskellige aktørgrupper kan være med til at skabe synergi mellem politikprogrammerne i Ny X Kommune.

I konstitueringsaftalen i byrådet har man besluttet, at sundhed er en værdi, som skal gennemsyre hele det kommunale system. Alle udvalgsområder er forpligtet herpå. På politikformuleringsniveauet vil man værdimæssigt forpligtige alle organisatoriske niveauer på at sundhed skal indgå som et værditema i hele det kommunale system. I forhold til den organisatoriske opbygning, rolle og ansvarsfordelingen i kommunen så er det Fagcenter Sundhed der udstikker rammerne for arbejdet med sundhed, og de forskellige fagcentre agerer derefter i forhold til rammerne. Samarbejdet omkring udmøntningen af værdierne vil normalt ske i et samarbejde med fagcentre som har ansvaret for de udførende led.

*Sundhedspolitikken* bygger dels på et sæt af visioner, en række målsætninger, centrale settings og hvad der kan påvirke folkesundheden. Det er Fagcenter Sundhed der har ansvaret og er initiativtager på alle forhold vedrørende sundhed, men det vil normalt foregå i et samarbejde med fagcentre som har ansvaret for de udførende led. Borgerinddragelse er blevet en del af arbejdsproceduren, idet den nuværende sundhedspolitik har været til høring i kommunen. Én af de centrale visioner er, at sundhed som emne skal være tværgående i al politik, der skal være sammenhæng mellem forebyggelse og sundhedsfremme, ulighed i sundhed, lang levetid, ansvar for sundhedsudviklingen og fokus på de gode rammer. Værdierne er mere underforstået i dette politikfelt som fx det gode og det sunde liv, livskvalitet.

*Den sammenhængende børnepolitik* bygger på det brede og positive sundhedsbegreb og fokus er på at skabe handlekompetente borgere med henblik på at opbygge ressourcer og evner til at kunne leve et godt liv. Visionen er at alle børn og unge har ret til et godt liv<sup>12</sup>. De konkrete målformuleringer er formuleret indenfor temaerne: Forebyggelse, ansvar, tidlig indsats, helhed og sammenhæng og nærhedsprincippet. Alle settings er inddraget, og der arbejdes ud fra metoder som anerkendende tilgang, medinddragelse, tværfagligt og tværinstitutionelt samarbejde. Fagcenter Børn og Uddannelse har i sin strategiplan en sundhedsstrategi, som har til hensigt at koble sundhedsfremme med fx implementering af læreplaner, at koble det gode liv med KRAM faktorer og til fælles mål for skolens undervisning og dels at fremme børns livsglæde på SFO-området.

*Frivillighedspolitikken* baserer sig på opgaver indenfor social- og sundhedsområdet og borgerinddragelse står centralt. Sundhed er som tidligere nævnt et tværgående tema jf. konstitueringsaftalen, hvilket konkret udmønter sig i at konkrete ansøgninger fra de frivillige organisationer vurderes på, hvorvidt disse ansøgninger bidrager til at fremme borgernes sundhed. Fx er der et samarbejde med det frivillige idrætsliv omkring sunde fritter og

---

<sup>12</sup> Sammenhængende Børnepolitik for X Kommune s.6

nul slik i idrætshaller og generelt øgede sundhedsmæssige krav til idrætshallers kostpolitik. Metoder er borgerinddragelse.

## 10. Analyse af praksis

Dette afsnit har fokus på Ny X Kommunes udmøntning af sundhedsinitiativer på det implementerende niveau og målgruppeniveauet jf. Winthers model. Udgangspunktet for analysen er fire pilotprojekter i Ny X Kommune som er evalueret i 2008. Alle indsatser blev gennemført på skoleområdet og indeholder i alt 11 tiltag. Afsnittet bygger på evalueringen af *Det gode liv, sundhed og trivsel* i Ny X Kommune<sup>13</sup>.

Afsnittet er bygget op således, at der først er en præsentation af alle pilotprojekterne, dernæst præsenteres indsatsernes sundhedsforståelser. Så følger en deskriptiv gennemgang af pilotprojekterne og en analyse af deres sundhedsopfattelser.

### 10.1 Præsentation af fire pilotprojekter

På baggrund af et oplæg fra Sundhedsudvalget i X Kommune, blev der i 2007 afsat 1 million kroner under overskriften "Sundhed i skolen" til sundhedsfremmende initiativer på skoleområder. Det overordnede mål var af sundhedsfremmende karakter, nemlig at skabe sundhed og trivsel i X kommune.

Alle skoler i X kommune kunne byde ind på puljemidlerne. Fire pilotskoler blev udvalgt på baggrund af en række udvælgelseskriterier. De udvalgte skoler er: Skole A, Skole B, Skole C og Skole D. De fire skoler repræsenterer henholdsvis to land- og to byskoler. Pilotprojekterne repræsenterer en bred vifte af forskellige indsatser som mht. indhold, organisering og metodevalg er meget forskellige. Emner som kost, motion og fysisk aktivitet, mobning, trivsel, uddannelse, selvværd og selvillid samt skole-hjem-samarbejde er særligt repræsenteret i indsatserne. Sundhed og trivsel er defineret forskelligt i indsatserne, og de udvalgte skolers indsatser bygger både på udvalgte grupper og hele klasser i indskoling, mellemtrinnet og overbygningen. Der er valgt både indikerede og universelle udvælgelseskriterier. Præsentation af skolerne:

*Skole A* arbejder med tre indsatsområder:

- Adventure for i alt 20 piger og drenge i overbygningen
- Wellness for i alt 28 piger i overbygningen
- Skoleidrætsklub for i alt 20 elever på 3.-5. årgang med hjælp fra elever i overbygningen

*Skole B* arbejder med tre indsatsområder:

- Én ekstra motionstime for i alt 108 elever fra 0.-6. klasse
- Lektiecafé for alle elever for i alt 18 elever fra 2.-6. klasse
- Skole-hjem-samarbejde for forældre til elever i 0.-6. klasse

*Skole C* arbejder med to indsatsområder:

- Kost, aktiviteter og trivsel (KAT) for i alt 118 elever fra 0.-3. klasse

<sup>13</sup> Det gode liv, sundhed og trivsel i X Kommune - Slutevaluering af fire pilotprojekter. Udarbejdet af Anne-Marie Tyroll Beck. Videncenter for Lærere og evaluering, University College Syd. Juni 2008

- Skole-hjem-samarbejde for forældre til elever i 0.- 3. klasse

Skole D arbejder med tre indsatsområder:

- Morgenmadsprogram for i alt 17 elever fra 5.-9. årgang
- PowerKids for i alt 12 børn fra 2. klasse i SFO
- Trivsel på 5.-9. årgang koblet til pædagogisk relationskompetence

Alle skoler i X kommune kunne byde ind på pilotprojektet. På baggrund af en række udvælgelseskræterier blev fire skoler udpeget af Fagcenter Børn og Uddannelse og Fagcenter Sundhed. Udvælgelseskræterierne var, at der skulle udpeges fire skoler i alt, to land- og to byskoler og en mindre og en større skole hvert sted. Derudover skulle skolerne udvælges, således at alle faser, indskoling, mellemtrin og udskoling var repræsenteret - ikke for hver enkelt skole, men for pilotprojekterne som helhed. I oplægget var der også lagt op til en stor grad af bredde i forhold til skolernes valg af indhold, struktur og metoder i pilotprojekternes indsatser. Ligeledes var der lagt op til en bred forståelse af sundhedsbegrebet, således at kost, rygning, alkohol, motion/fysisk aktivitet, misbrug, mobning/vold, trivsel, astma/allergi, omsorgssvigt, uddannelse, spiseforstyrrelser, selvværd, selvmord, som det er nævnt i sundhedsudvalgets skabelon for området, kunne indgå som emner.

Pilotprojekterne repræsenterer en bred vifte af forskellige indsatser som mht. indhold, organisering og metodevalg er meget forskellige. Emner som kost, motion/fysisk aktivitet, mobning, trivsel, uddannelse, selvværd og selvtillid samt skole-hjem-samarbejde er særligt repræsenteret i indsatserne. Sundhed og trivsel er også defineret forskelligt i indsatserne, og de udvalgte skolers indsatser bygger både på udvalgte grupper og hele klasser, og der er valgt både indikerede og universelle udvælgelseskræterier. Både indskoling, mellemtrin og udskoling er repræsenteret. Tidsrammen var marts 2008 til juni 2008. Case-studie designet bygger på følgende metoder.

## Metoder

Midtvejsevaluering	Slutevaluering
Forundersøgelse	
Dokumentanalyse	Dokumentanalyse
Fokusinterview: primære kontaktpersoner <sup>(4)</sup>	Fokusinterview: primære kontaktpersoner <sup>(4)</sup> og elever <sup>(7)</sup>
Spørgeskema	Spørgeskema
Selvevalueringsskema	Logbog
Logbog	

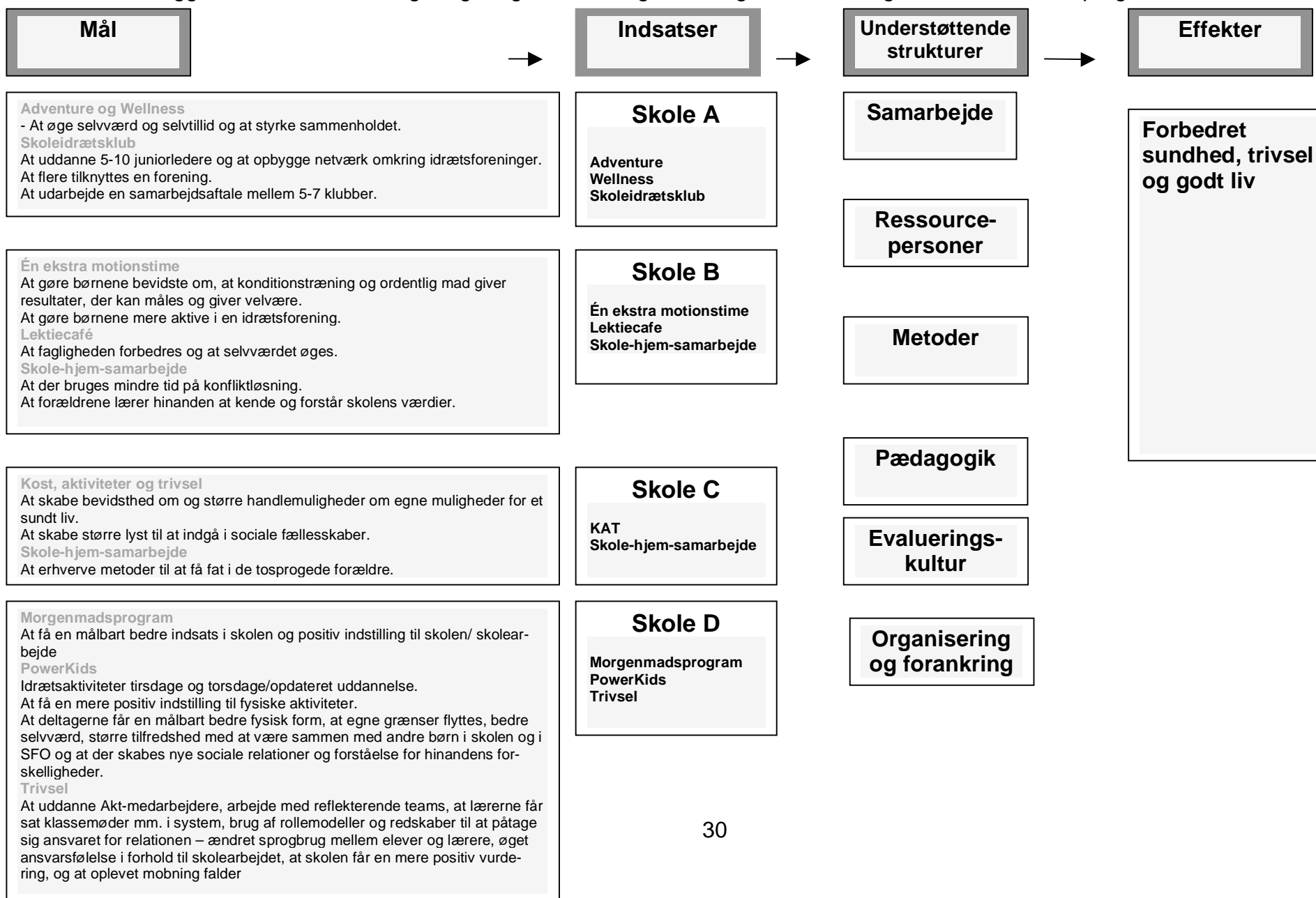
**Skole A**  
 Adventure , 2 drenge fra 8.b og 8.c  
 Wellness , 3 piger fra 8. klasse  
 Skoleidrætsklub, 9 elever

**Skole B**  
 Indsats Lektiecafé é og indsats én ekstra motionstime. 6 elever:

**Skole C**  
 (KAT). 8 elever:

**Skole D**  
 Morgenmadsprogram (de yngre). 9 elever.  
 (de ældre elever). 4 elever. 9. klasse.

På baggrund af målformuleringer og tilsigtede virkninger af tiltagene kunne følgende overordnede programteori udformes:



## 10.2 Sundhedsforståelser

At agere inden for det sundhedsfremmende felt kræver en afklaring af den fagprofessionelle i forhold til det sundhedsbegreb, der arbejdes ud fra. På det sundhedspædagogiske område er der flere forskellige og delvis modsatrettede opfattelser af sundhed.

Fælles for de fleste definitioner på sundhed er, at de giver et bud på, hvad der opfattes som "et godt liv".<sup>14</sup> Hvad et godt liv er, kan være defineret med udgangspunkt i et fagligt professionelt perspektiv, ud fra et dagligdags, normativt perspektiv, dvs. hvilke roller og forventninger fra de sociale omgivelser man skal leve op til og det kan være defineret ud fra et subjektivt, individuelt perspektiv, hvad den enkelte person selv synes.

I Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition af sundhed, er sundhed "en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse". Sundhed kan opfattes som en ressource, der giver mulighed for at modstå og mestre de daglige udfordringer og belastninger. Man kan derfor godt være rask, dvs. ikke syg, uden at være sund, og sund selv om man ikke er rask. Sundhed er også et spørgsmål om trivsel, oplagthed, evnen til at være sammen med andre mennesker og evnen til at skabe indhold i sin tilværelse, kort sagt livskvalitet. Disse definitioner peger, ud over det at undgå sygdom, på alle de forhold/rammer, der kan påvirke sundhed:<sup>15</sup>

- Børnefamilier, pasning og skoler
- Boligmiljøer
- Fritidsmiljøer
- Arbejdspladsen
- Uden for arbejdsmarkedet
- Ældremiljøer
- Trafik og ulykker

Sundhed er i pilotprojekterne relateret til børnefamilier, pasning og skoler og fritidsmiljøet. I indsatserne anvendes det brede sundhedsbegreb, og sundhed opfattes som en ressource, ligesom begrebet er koblet til trivselsbegrebet.

### 10.2.1 Sundhedsmodeller

Bjarne Bruun Jensen<sup>16</sup> arbejder ud fra det brede og positive sundhedsbegreb. I figuren<sup>17</sup> nedenfor skelnes der mellem de dimensioner, som indgår i selve sundhedsdefinitionen, og de faktorer, der påvirker sundheden. Endvidere er handlingsperspektivet hæftet på. Endelig er "familien" og andre sociale sammenhænge sat ind som en intermediær påvirkende faktor, beliggende mellem livsstils- og levekårsniveauet. Modellen vil blive anvendt som analyseredskab i forhold til indsatsernes egne sundhedsopfattelser.

Som det fremgår nedenfor kan indsatsernes sundhedsopfattelser fra "Det gode liv, sundhed og trivsel" placeres på følgende måde i figuren: Indsatser der i højere grad er rettet mod den fysiske side af sundhedsbegrebet er Adventure, En ekstra motionstime og Skole-

<sup>14</sup> Sundhedsstyrelsen. Terminologi. Forebyggelsen, sundhedsfremme og folkesundhed. 2005.

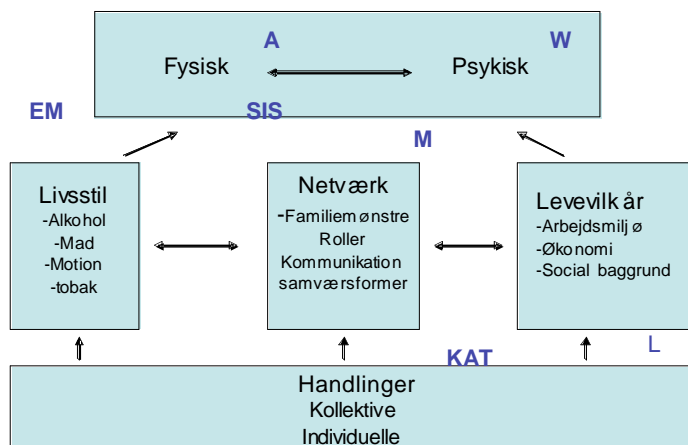
<sup>15</sup> Kommunal Sundhedspolitik. KL's vejledning om indhold og indsatser. Marts 2006, side 16.

<sup>16</sup> Jensen, Bjarne Bruun (2006) *Sundhedsfremme i dannelsesmæssigt og pædagogisk perspektiv* fra bogen *Sundhed, udvikling og læring. Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed*. Akselsen, Kåte og Koch, Børge. Billesø og Baltzer.

<sup>17</sup> Figuren har Bjarne Bruun Jensen hentet fra Undervisningsministeriets vejledning (2005).

idrætsklub. Wellness har i højere grad fokus på den psykiske side af sundhedsbegrebet. Indsats Morgenmad har fokus på sundhed som begreb men relateret til netværk og levekår og indsats Kost, aktiviteter og motion har i målene fokus også på handleaspektet.

**Det brede og det positive sundhedsbegreb**



26. oktober 2008

6

Men indsatsernes kontaktpersoner har også placeret indsatsernes sundhedsforståelser indenfor følgende figur. Figuren opererer med fire sundhedsparadigmer som er; det naturvidenskabelige paradigme hvor fokus er på sygdom og kroppens funktion, et paradigme hvor sundhed og sygdom er socialt og kulturelt forankret, og hvor levevilkårene inddrages (Jensen 2006:59), et socialt orienteret paradigme fx repræsenteret af psykologen Aaron Antonovsky, som i sin forskning fokuserer på det, der gør folk raske (Antonovsky 2000:30), det demokratiske paradigme, hvor målet er at øge handlekraften hos målgruppen (Jensen 2000:192).

Kommentar til figuren: Indsatserne har gennem selvevaluering vurderet på hvilken(e) af de fire nedenstående paradigmer de ville placere indsatsen indenfor. Indsatsernes kontaktpersoner har haft mulighed for at placere indsatsen indenfor forskellige paradigmer. Hovedparten af indsatserne er angivet med indsatsens navn, hvor der kun er et (x) har kontaktpersonen ikke angivet navnet.

### De primære kontaktpersoners koblinger mellem indsats og sundhedsparadigme

	Skole A	Skole B	Skole C	Skole D
Et naturvidenskabeligt paradigme med fokus på sygdom og kroppens fysiske funktion.		En ekstra Motionstime		
Et paradigme hvor sundhed og sygdom er socialt og kulturelt forankret, og hvor levevilkårene inddrages (Jensen 2006:59).	Skoleidrætsklub	Lektiecafé	KAT	
Et socialt orienteret paradigme fx repræsenteret af psykologen Aaron Antonovsky, som i sin forskning fokuserer på det, der gør folk raske (Antonovsky 2000:30).	Adventure Wellness x			PowerKids
Det demokratiske paradigme, hvor målet er at øge handlekraften hos målgruppen (Jensen 2000:192).	Skoleidrætsklub Adventure		KAT	X Morgenmadsprogram

En ekstra motionstime er placeret indenfor *det naturvidenskabelige paradigme*. Indsats Skoleidrætsklub, Lektiecafé og KAT er placeret indenfor et *paradigme hvor sundhed og sygdom er socialt og kulturelt forankret og hvor levekår inddrages*. Denne tænkning ligger fx i indsats Lektiecafé hvor den sociale arv forsøges brudt gennem indsats med lektiehjælp eller fx i indsats skole-hjem-samarbejde på Skole C, hvor de sociale levekårs forhold i lokalområdet får en betydning. Indsats Adventure, Wellness og PowerKids præsenteres indenfor *et socialt orienteret paradigme* som der er repræsenteret ved Aaron Antonovsky. Antonovskys tese går ud på, at en stærk følelse af sammenhæng ikke blot øger livskvaliteten hos den enkelte, men også påvirker den fysiske og psykiske sundhedstilstand i positiv retning. Livsvilkår bestemmer ikke automatisk folks helbredstilstand. Det er, hvad folk gør ved disse livsvilkår, der er afgørende for, om de udvikler stærk eller svag følelse af sammenhæng i tilværelsen. *Det demokratiske paradigme* er indtænkt som grundlag for indsats KAT, i Morgenmadsprogrammet og i indsats Adventure og Skoleidrætsklub. Det demokratiske paradigme har fokus på at forstærke handlekraften hos målgruppen.

#### 10.2.2 Elevernes opfattelser af sundhed og det gode liv

Børn opfatter sundhed som mere end fravær af sygdom. Fra bogen "Den ulige sundhed"<sup>18</sup> af Bjarne Bruun Jensen og Jens H. Lund (2007) handler sundhed om at have det godt – om følelser og livskvalitet og om velvære og sociale relationer. Derudover siger Bjarne Bruun Jensen, at det generelt kan konkluderes, at børn og unge først og fremmest forbin-

<sup>18</sup> Jensen, B. Bruun og H. Lund, Jens (2007) Den Ulige sundhed. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag



der kost og motion med sundhed<sup>19</sup>. I fokusinterviewene opfattede eleverne, at sundhed først og fremmest var forbundet med mad, dernæst motion men også med søvn og hygiejne. Der var udtalelser fra de mindre klasser fra Skole C på sammenhænge mellem sundhed og at have det godt, og sundhed og blive bedre til nogle ting. Dermed udvides sundhedsbegrebet til også at omfatte eller skabe en sammenhæng med de gode sider af livet.

Generelt er der dog en tendens til, at opfatte sundhed smalt (som livsstil) og det gode liv bredt (som levekår, mental sundhed og social sundhed). Ligesom der er forskel fra skole til skole på, hvad det gode liv indeholder. Skole B's elever har fokus på og der er generel konsensus om, at det at være hjemme, hygge sig og spille – familien og venner (flere end én ven) har en central betydning.

På Skole C er der fokus på venner og konfliktløsning, men der er flere niveauer fx nævnes det, at man skal være *gode venner i hele verden* (fred), krig og forurening nævnes som globale emner. På Skole D, er der forskel på hvad der opfattes som det gode liv blandt de yngre og blandt de ældre elever. De yngre nævner det at være sammen med andre venner og have det godt og ikke at være selv. De ældre fra morgenmadsholdet, men også fra Wellness holdet nævner at man godt kan have et godt liv selv om man er kraftig.

Der er i hovedtræk konsensus om, at sundhed er motion og kost, mens det er meget kontekstbetinget hvad det gode liv indeholder. Fx er der i Morgenmadsprogrammet på Skole D meget fokus på de sociale relationer og vedligeholdelse af disse. På Skole B fylder familien meget i det gode liv, fx at sidde hjemme og hygge sig og spille med familien.

## 11. Præsentation af pilotprojekternes sundhedsopfattelser

### 11.1 Et naturvidenskabeligt paradigme

Indsats Én ekstra motionstime er gennemført på Skole B. Mål og succeskriterier for indsats Én ekstra motionstime er:

- *At gøre børnene bevidste om, at konditionstræning og ordentlig mad giver resultater, der kan måles og giver velvære.*
- *At gøre børnene mere aktive i en idrætsforening.*
- *At 80 % af eleverne har forbedret deres kondition via yo-yo-test.*
- *At 80 % af eleverne oplever større trivsel.*
- *At 20 % af de elever der ikke er aktive i en idrætsforening, bliver aktive.*

Indsatsen er opdelt i henholdsvis 0.-3. klasse og 4.-6. klasse. 2.-6. klasse er blevet testet med yo-yo-test, og de skal testes 4 gange i løbet af skoleåret. Yo-yo-testen er en test, hvor det måles, hvor lang tid man kan blive ved med at løbe en given strækning, når tiden til at løbe strækningen bliver kortere og kortere. 0.-1. klasse er ikke målt, idet det vurderes, at de er for små til at kunne disponere over deres energi i en sådan test. I denne indsats er der udpræget fokus på den fysiske side af sundhedsbegrebet. Sundhed og trivsel defineres som bedre kondition og fysisk formåen.

Fra spørgeskemaundersøgelsen, er der en **høj grad** af målopnåelse i forhold til, at gøre eleverne bevidste om, at konditionstræning og ordentlig mad giver resultater, der kan må-

---

<sup>19</sup> De undersøgelser, der har spurgt mere bredt til determinanter for sundhed, viser at børn og unge både inkluderer levekår og livsstil.

les og giver velvære, hvor de **i mindre grad** er blevet aktive i en idrætsforening. Slutevalueringen svarer til vurderingerne fra midtvejsevalueringen.

Eleverne har i *nogen grad* forbedret deres kondition. Der kan drages to konklusioner. Eleverne kunne i gennemsnit løbe længere des højere klassetrin, ligesom der er tydelig progression i gennemsnit pr. klasse fra august til november 2007. Fra fokusinterviewet med de primære kontaktpersoner - maj 2008 - var det tydeligt, at testresultaterne viste en nedgang. *“Det har været tydeligt – 2., 3., 4. og 6. klasse har en nedgang i testresultaterne og 5. klasse er gået en smule frem”*. Forklaringen var, at eleverne havde været indenfor en del af vinterhalvåret. *“Vi laver en måling til, og ellers stopper vi nu hvor tallene er på vej ned”*. De sidste testmålinger bekræfter dette billede. Der er generelt en lavere score i femte periode. Dette begrundes med, at det har været svært at komme i gang igen efter vinterperioden.

Fra fokusgruppeinterviewet med eleverne siger to af drengene *“jeg var lidt dårligere inden, men nu er jeg begyndt at blive bedre”* og *“jeg siger derhjemme, at jeg har fået en bedre tid”*. *“Der er en gruppe, der er sværest at få i gang og motivere, også at motivere forældrene fx at få cyklen med og at investere i et par kondisko. Gruppetoen er blevet mindre – vi havde flere “i cykelkurven” sidste gang”*.

Indsats Æn ekstra motionstime ligger indenfor det naturvidenskabelige paradigme især med henvisning til målformuleringen om, at indsatsen kan måles og giver velvære. Indsatsen er målt via yo-yo-test. Indsatsen bygger på følgende programteori:

Indsats Æn ekstra motionstime —————> kan måles, giver resultater og velvære

Indsatsen er dog bredere forankret, idet der på indholdssiden har været emner som kost og kostpolitik med i undervisningen. På den fysiske side af sundheden har evalueringen vist, at der er en begrænset effekt af indsatsen, idet yo-yo-målingen ikke er gennemført kontinuerligt på grund af vejrlig og motivation. Også elevernes vurderinger viser, at indsatsen ikke har den ønskede effekt udenfor skolen dvs. hjemme. Indsatsens nye programteori er:

Indsats Æn ekstra motionstime —————> giver ikke ønskede resultater på grund af manglende motivation/vejrlig

## 11.2 Sundhed og sygdom er socialt og kulturelt forankret, og hvor levevilkårene inddrages

*Skulle det være sundt at lave lektier?*

*Det gode liv er at have mere end én ven og familien.*

*Lektiecafé er for dem der har glemt at lave lektier.*

På Skole B er der arbejdet med indsats Lektiecafé indenfor dette paradigme. Eet af de overordnede formål med denne indsats har været at bryde den negative social arv i området, idet en del forældre ikke har nogen kompetencegivende uddannelse. Mål og succeskriterier for indsats Lektiecafé er:

- *At fagligheden forbedres og at selvværdet øges.*
- *At 40% af eleverne oplever større grad af selvværd.*
- *At 80% af eleverne fik en højere faglig kunnen i forhold til henvisningstidspunktet.*
- *At 20% fald i antallet af henviste elever til specialklassen.*

Indsats Lektiecafé er for elever i 2.-6. klasse. Lærerne evaluerer i forbindelse med hvert skemaforløb. Dvs. der bliver fire evalueringsrunder henholdsvis den 20. august 2007, 16. november 2007, 7. marts 2008 og 13. juni 2008. Forældrene skal beskrive elevens problemer med lektielæsning når de tager imod tilbudet (evaluering 3 gange i alt), og der vurderes ud fra følgende parametre:

- Oplevelse af hvordan lektierne er.
- Hvor ofte der er problemer med lektierne.
- Hvilke fag der er problemer i.
- Hvordan problemerne udarter sig.
- Holdning til skolen<sup>20</sup>.

Der er valgt selektive visitationskriterier, hvilket betyder, at det specielt er for elever, der ikke får lavet lektier på grund af manglende opbakning eller mulighed for hjælp hjemmefra. Eleven skal dog være nogenlunde selvhjulpnen. Eleverne er henvist på baggrund af lærervurderinger i et samarbejde med forældrene. *"Eleverne håndplukkes af lærerne og så spørges forældrene"*.

De "prikkede" elevs lærere beskriver i juni 2007 elevernes trivsel i alle fag ud fra følgende parametre:

- Elevens oplagthed.
- Elevens holdning til faget.
- Faglige præstationer.
- Vurdering af det faglige niveau<sup>21</sup>.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at målet om et øget selvværd i **høj grad** er indfriet, mens forbedret faglighed er indfriet i **nogen til høj grad**. Succeskriteriet, at 40% af ele-

<sup>20</sup> Forældrevurdering ved visitation af eleverne. 7. juni 2007.

<sup>21</sup> Lærervurdering af eleverne. Skema. 27. juni 2007.

verne oplever større grad af selvværd, er indfriet i *nogen til høj grad*, at 80% af eleverne fik en højere faglig kunnen i forhold til henvisningstidspunktet, er vurderet opnået i *nogen grad til ved ikke*, 20% fald i antallet af henviste elever til specialklassen, er vurderet indfriet i *nogen til mindre grad*. Det kan konkluderes, at selvværd får den samme score, forbedret faglighed en lidt lavere score og succeskriteriet, at der sker et fald i antal henviste til specialklassen, får en bedre score end ved midtvejsevalueringen.

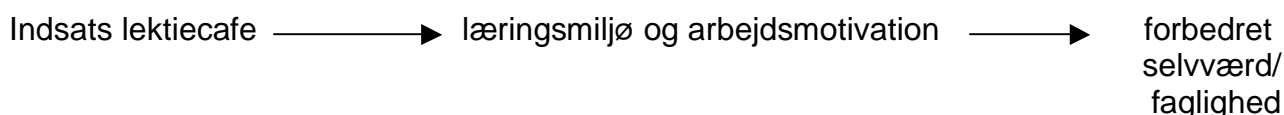
### *Selvværd*

Det fremhæves i fokusinterviewet, at det er svært med de bløde spørgsmål, men at selvværd kan defineres som "*hvordan det opleves at komme i skole og have lavet lektier i forhold til ikke at have lavet lektier*". Eleverne siger, at det er godt, bedre og ikke så bøvlet når man har lavet lektier. Dette kan sammenholdes med elevernes, forældrenes og de primære kontaktpersoners positive oplevelser med lektiecafeen. Lektiecafeen vurderes som et positivt sted at være og kan derved have en understøttende betydning for oplevelsen af selvværd.

### *Faglig vurdering*

Lektiecafeen fremhæves som hyggelig og sjov og forældrene kommer med positive tilbagemeldinger. Man kan sige, at læringsmiljøet har en positiv afsmittende virkning på elevernes motivation. Lærerne har evalueret eleverne i 4.-6. klasse ved skoleårets start og igen medio november 2007 ud fra en 1-10 points skala. Lærerne har vurderet eleverne i fagene dansk og matematik, og begge fag er vurderet i forhold til motivation. I forbindelse med evalueringen 2008, kan der spores en generel fremgang i alle fagene og en generelt større motivation for fagene. Et vigtigt forhold, som fremhæves i fokusinterviewet er, at "*det er et spørgsmål, om at få en (arbejds)vane med at lave lektier*". Samtidig siger eleverne, at det godt at der er en lærer til at hjælpe. Spørgsmålet er, om eleverne tager varen med hjem, og om forældrene kan fastholde en arbejdsstruktur hvis der ikke var en lektiecafe. *Sideeffekter* er glade forældre. Forventede *langtidseffekter* er "*vi får ikke ressourcerne næste år*".

Indsats Lekticafé er en forankret i et sundhedsparadigme, hvor sundhed og sygdom er socialt og kulturelt forankret, og hvor levkårene spiller en rolle. Indsatsens målformulering skal ses i lyset af ønsket om at bryde den negative sociale arv på egnen. Derudover er det kulturelle og det sociale i fokus – sociale forstået som læringsmiljø og forbedret selvværd. Det er en generel vurdering fra alle respondentgrupper, at indsatsen har en positiv effekt på faglig kunnen og højere selvværd. En mellemliggende variabel er arbejdsmotivation, dvs. at indsatsen skaber arbejdsmotivation som skaber en højere faglig kunnen og evt. derved et højere selvværd – en rammesættende faktor er læringsmiljøet som af alle vurderes positivt. At bryde en negativ social arv er en længerevarende indsats og det er vanskeligt at vurdere på effekter med den tidshorisont.



### 11.3 Et socialt orienteret paradigme som fokuserer på det, der gør folk raske

*Teenagere er ikke sunde. Kun en tredjedel gider dyrke motion.*

*Sundhed handler om at møde andre mennesker.*

*Sundhed er at stole mere på sig selv.*

*Hvis man ikke er sund, så sidder man på sofaen og sover.*

Der er indenfor dette sundhedsparadigme valgt en indsats på Skole A som hedder Adventure. Mål og succeskriterier for indsats Adventure er:

- *At øge de unges selvværd og selvtillid og at styrke sammenholdet blandt de unge*
- *At 50 % oplever at de har fået større selvværd og selvtillid*
- *At 50 % oplever at sammenholdet er blevet styrket*

Indsats Adventure er for elever i overbygningen. Indsatsen gennemføres i 2007 med et hold på 10 piger og i 2008 med et hold på 10 drenge. Det har været et problem med indsatsen at den kun i mindre grad rammer den gruppe, som har lavt selvværd. Det er vurderet, at det var vigtigere at komme godt fra start. Nye visitationskriterier kunne være baseret på, at man sammensatte grupper med ressourcestærke og -svage elever. Klasselæreren skulle være med til at håndplukke eleverne. En model som anvendes i Morgenmadsprogrammet på Skole D. Indsatsen rammer muligvis en restgruppe som ikke dyrker idræt. Den primære kontaktperson i indsats Skoleidrætsklub har udarbejdet en undersøgelse vedrørende elevernes idrætsaktiviteter. Den viser, at jo højere årgang des lavere er antallet af idrætsaktiviteter. Opdeling i køn har en (positiv) betydning for implementeringen.

Fra spørgeskemaundersøgelsen er det vurderingen, at de unges selvværd, selvtillid og sammenhold er forbedret i **nogen grad**. I forhold til midtvejsevalueringen er indfrielse af mål og kriterier vurderet lavere her ved slutevalueringen.

#### *Selvværd/selvtillid*

Det konkluderes, at det er vanskeligt at måle om selvværd og selvtillid er øget. En medierende faktor som fremhæves af både elever og den primære kontaktperson er, at elever har overskredet grænser og er blevet mere sikre på sig selv. Vurderingen er, at sammenholdet er indfriet i *nogen grad*. Fra fokusinterview er det enslydende, at sammenholdet styrkes og at de sårbare har skiftet gruppe og har fået et løft. Der er dog det forbehold, at den samlede gruppe kun har været på fem ud af ti elever. Det fremhæves også, at naturliv er en anden form for samvær end den på nettet. De unge vurderer at hele verden er åben, mens én af de primære kontaktpersoner fremhæver at deres univers er begrænset, og at opgaven består i at få dem aktiveret og motiveret for sport.

Den primære kontaktperson fortæller, at mange af de unge piger ikke er vant til at komme i naturen fx fra kajaktur med pigegruppen "*De er chokeret over at det hele ikke er asfalteret. Eller [bange for] hvad der kan være mellem træerne*". Efter en nat i naturen, falder der en

ro over dem. "Vi kunne ikke have gjort det i en gymnastiksal, fordi vi er et sted hvor alle stressfaktorer er væk". Eleverne fortæller om det gode ved at sidde ved bålet og hyggesnakke, filosofere og have lange samtaler. Om at blive vækket af fugleskrig. "Det var et stort fællesskab". Det er sammenhængen mellem indsatsens aktiviteter og rummet det udføres i.

Det socialt orienterede paradigme arbejder ud fra Aaron Antonovskys. Antonovsky teori om følelse af sammenhæng. Antonovsky peger på, at alle bliver udsat for stressorer, som er alle de store og små situationer man ikke lige har et svar eller en løsning på, og som man er nødt til at håndtere. Det kan være sygdom, konflikter, kriser og spændinger og at dette er en normal del af livet. Stressorer kan være negative, men han mener også at visse stressede situationer kan være gavnlige og udviklende, da de giver os erfaringer, som kan gøre os i stand til at takle nye stressorer bedre. Stressorer påvirker os forskelligt, nogle er bedre til at håndtere dem end andre. Han sætter lighedstegn mellem sunde mennesker og evnen til at håndtere stressorer. Hvis man er usund, dvs. ikke kan håndtere stressorerne, bliver de til stress, som kan være truende overfor både livskvalitet og helbred. Evnen til at håndtere stressorer kalder han også en følelse af sammenhæng. Denne følelse består af 3 delelementer som han kalder begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Disse opnås ved henholdsvis forudsigelighed, belastningsbalance og delagtighed/deltagelse.

Indsats Adventure er placeret indenfor det socialt orienterede paradigme der har fokus på hvad der gør folk raske. Det er vanskeligt at se entydigt hvordan denne indsats kan være del af denne tænkning, idet der ikke i indhold eller mål er formuleringer der peger i retning af Aaron Antonovskys teori. Derfor skal teorien tænkes ind implicit. Indsatsen burde i højere grad være placeret indenfor det paradigme hvor sundhed er socialt og kulturelt forankret. Indsatsen har et tydeligt fokus på den psykiske, den sociale og den fysiske side af sundhedsbegrebet og i mindre grad på den kulturelle og levkårsiden. Dog har indsatsen vist sig ikke at ramme de målgrupper med lavt selvværd som det var intentionen at den skulle, og der kan derfor ikke måles effekter på denne indikator. I stedet har indsatsen vist sig at have effekter på fællesskab og evt. motiverende i forhold til andre former for idrætsudøvelse. Rummet eller de rammesættende forhold som naturen har her en betydning.

Indsats Adventure —————> fællesskab og motiverende ift. anden form for idræt (ikke på selvværd)

#### 11.4 Det demokratiske paradigme, hvor målet er at øge handlekraften hos målgruppen

*Mine karakterer er steget – om det er morgenmaden eller at jeg har taget mig mere sammen, ved jeg ikke.*

*Man kan godt have et godt liv selvom man er kraftig.*

*Morgenmad har ikke noget med selvtillid at gøre.*

Der er indenfor dette sundhedsparadigme valgt en indsats på Skole D i X Kommune. Indsats Morgenmadsprogram har følgende mål- og succeskriterier:

- *At eleverne får en målbar bedre indsats i skolen*
- *At eleverne får en målbar mere positiv indstilling til skolen og deres skolearbejde*
- *Succeskriteriet er at eleverne stiger én til to point inden for flere områder.*

Indsats Morgenmadsprogram for 4.-9. årgang, er målrettet mod de elever, som har lavt selvværd, og som har brug for morgenmad.

Evalueringsformen har en stor betydning for validiteten af evalueringen. Evalueringen er på ingen måde evidensbaseret viden. Dog kan det siges at de ansvarlige tovholdere har anvendt en systematisk og bred evalueringstilgang bl.a. er indsatsen *dokumenteret* dagligt i den elektroniske logbog. Hver 14. dag samles logbogsnotaterne i en samlet *evaluering*. Klasselæreren skal efter tre måneder, og på baggrund af et skema, vurdere hver enkelt elevs standpunkt inden for de ni kriterier - på en skala fra 1 til 5, hvor 5 er meget positivt og 1 er meget negativt. Eleverne er blevet evalueret i uge 35, uge 43, uge 8, uge 12, uge 15 og uge 19. Hovedparten er evalueret 5-6 gange. Eleverne er løbende blevet inddraget i evalueringen og har selv udfyldt et skema med de ni indikatorer

Derudover vurderes der på, i hvor høj grad indsatsen har en effekt på ni forskellige kriterier. Det vurderes, at indsatsen har en høj effekt på elevernes sociale standpunkt og selvværd, koncentration, konflikter og fravær. Fagligt standpunkt, glæde over for undervisningen, tilfredshed med lærerne og markering på klassen er kun indfriet i nogen grad. Det er næsten det samme billede som i midtvejsevalueringen dog er markering på klassen, fravær og konflikter flyttet op til høj grad af indfrielse.

Jf. ovenstående programteori om sammenhæng mellem morgenmad og målbart bedre indsats i skolen, så viser evalueringen, at der er en række mellemkommende variabler som kunne udvise en forklaringskraft. Bl.a. er der vurderet en høj grad af målopnåelse på konflikter, selvværd, fravær og koncentration. En ny forklaringsmodel kunne se sådan ud:

Morgenmad = koncentration og selvværd (+), konflikter, fravær (-) = bedre indsats i skolen og bedre holdning til skolen. En stor andel af eleverne vurderer at koncentrationsniveauet stiger som følge af morgenmaden og at det i sig selv betinger en bedre indsats. Dog er ligningen betinget af en række forudgående betingelser. Bl.a. er der visse visitationskriterier der betinger hvem der tilhører gruppen af unge med lavt selvværd, fx vælges den tunge gruppe fra. Derudover er der nogle rammesættende forhold bl.a. vurderes det at indretnin-

gen af lokalet også har betydning for indsatsens implementering, ligesom den pædagogiske tilgang har betydning, her den anerkendende tilgang.

Indsatsen placerer sig selv indenfor det demokratiske paradigme hvor målet er at øge handlekraften hos de unge. Denne sundhedstilgang fremgår dog ikke tydeligt af målformuleringen for indsatsen. Målformuleringen bygger på en naturvidenskabelig tilgang til en sundhedsforståelse, at sundhed er forbundet med mad og at maden i sig selv giver anledning til en målbart bedre præstation i skolen. Denne programteori eller forklaringsramme er dog senere ændret således, at også det sociale samvær i forbindelse med morgenmaden spiller en rolle. I denne ligningsmodel er der en række bagvedliggende og mellemkommende variabler bl.a. spiller visitationsgrundlaget en rolle for graden af målopnåelse. De mellemkommende variabler er bl.a. at der ikke kan spores en direkte fremgang i forhold til faglig kunnen, men til øget koncentration, mindre fravær osv.

### 11.5 Tilbage til politikken

På det implementerende niveau (de decentrale enheder) og på målgruppeniveauet (elever og forældre) har den politiske ramme omkring projektet og udvælgelseskriterierne været så brede, at mange typer af indsatser kunne rummes. Samtidigt er det væsentligt at pointere at selvom sundhedspolitikken på et overordnet niveau tager udgangspunkt i det brede og det positive sundhedsbegreb, så behøver hver enkelt indsats ikke at afspejle dette, men de kan tilsammen dække feltet af sundhedsforståelser.

Indsatserne har dækket de politiske målformuleringer ved at de har haft fokus på tidlig indsats, at kommunens institutioner er oplagte implementeringsområder, at der er taget initiativer overfor forskellige aldersgrupper, at der er skabt rammer hvor børn og unge trives, hvor mobning er yt og hvor en sund livsstil er det naturlige; dette indebærer mere fysisk aktivitet, sund mad, mindre alkohol, færre rygere og mere humør og glæde, at skoler og daginstitutioner skal udgøre et sundhedsfremmende miljø, som understøtter trivsel og sunde valg. Den enkelte skal tage ansvar for sit eget liv og dermed for sin sundhed.

Der har der været en *vilje* til at gennemføre og implementere den brede og den positive sundhedsforståelse og politik. Fra evalueringen er det vist, at der er motivation og opbakning på alle niveauer, og at det er en stærk *drivkraft*. Motivationen er til stede på alle niveauer. Der har været en oplevelse af at der har været ressourcer eller *kapacitet* til at implementere politikken, dvs. at de økonomiske ressourcer som positivt, også ekstra lærerressourcer, intern sparring og eksterne undervisere. Hvilket kan være én forklaringsmulighed i forhold til at implementeringen af sundhedspolitikken har været succesfuld. En anden at der er tænkt synergi på det sundhedspolitiske område i forhold til andre forvaltningsområder.

## 12. De 3-16 åriges sundhed

X Kommune har i en årrække deltaget i HBSC-undersøgelser blandt skoleelever i femte, syvende og niende klasser. Den nyeste undersøgelse er foretaget i 2006 og omfatter 9 skoler i den tidligere X Kommune med 1.395 elever. Eleverne har gennem besvarelse af et spørgeskema givet de oplysninger som ligger til grund for nedenstående resultater. Undersøgelsen viser, at et flertal af eleverne har det godt og fungerer godt. De fleste angiver,



at de har et godt helbred, trives, er velfungerende og har et godt socialt netværk. På den anden side er der en del elever som tilkendegiver, at de ikke har det godt nok.

- en stor del af eleverne har regelmæssigt symptomer – hovedpine 23 %, mavepine 12 %, ondt i ryggen 18 %, været ked af det 18 %,
- en stor del af eleverne bruger regelmæssigt smertestillende medicin – hovedpinepiller 49 %, eller medicin mod mavesmerter 14 %, én eller flere gange i den sidste måned før besvarelsen af spørgeskemaet,
- en mindre procentdel af eleverne bruger regelmæssigt lægeordineret medicin mod søvnproblemer 3,5 % eller medicin mod nervøsitet 3,4 % en eller flere gange i den sidste måned før besvarelsen af spørgeskemaet,
- 48 % af eleverne har været udsat for mindst én skade, hvor de er blevet behandlet af en læge eller sygeplejerske, inden for de seneste 12 måneder,
- at overvægt er et stigende problem, og at mange selv synes, de er for tykke.

Undersøgelsen belyser også sundhed og sundhedsvaner. Et stort mindretal lever på en sådan måde, at det på langt sigt kan skade deres helbred.

Andelen af elever som ryger er faldende. I 9. klasse er det 13 % af eleverne, der ryger dagligt. 22 % af pigerne og 42 % af drengene i 9. klasse drikker alkohol mindst en gang om ugen. Hovedparten af eleverne har fornuftige mad- og måltidsvaner. Men et mindretal spiser usundt og springer måltider over.

- En mindre gruppe tilkendegiver, at de aldrig spiser frugt og grøntsager,
- 21 %, af eleverne spiser slik og chokolade dagligt,
- 16 % af eleverne drikker cola/sodavand dagligt,
- cirka 20 % af eleverne spiser ikke morgenmad på alle hverdage.

Langt hovedparten af eleverne trives i skolen. Men 20 % af eleverne kan ikke rigtig eller slet ikke lide skolen. Derimod er der en del der synes, at de ikke er med til at bestemme, hvordan timerne bliver brugt og hvilke aktiviteter, der laves. Langt de fleste elever finder, at kammeraterne i klassen er venlige og hjælpsomme og accepterer én, som man er. Der er kønsspecifikke forskelle. Pigerne har væsentlig flere symptomer og bruger mere smertestillende medicin end drengene. Flere piger synes, de er overvægtige, og mange er på slankekur. Flere piger end drenge spiser dagligt frugt og grønt.

Der er også aldersspecifikke forskelle: Der er faldende trivsel med alderen, en større andel, der ryger og drikker alkohol. Med stigende alder bliver spise- og madvaner dårligere.

Endeligt varierer resultaterne fra skole til skole:

- andelen af dagligrygere i 9. klasse varierer fra 6 til 25 % af eleverne,
- andelen, der drikker alkohol mindst ugentligt varierer fra 12 til 44 % af eleverne,
- andelen, der meget godt kan lide skolen varierer fra 15 til 29 % af eleverne,
- andelen, der er blevet mobbet inden for de sidste par måneder varierer fra 4 til 10 % af eleverne.

**University College Syd**  
Udvikling og forskning  
Videncenter for Sundhedsfremme

Lembckesvej 3-7  
DK-6100 Haderslev  
+45 7322 2400

ucsyd@ucsyd.dk  
www.ucsyd.dk



DEN EUROPÆISKE UNION

Den Europæiske Socialfond

