

University College



Syd



Evaluering af sundhedsfremme i kommuner, dagtilbud og skoler

Et inspirationsmateriale til beslutning, planlægning og evaluering af sundhedsfremme, -undervisning og -pædagogik



Af Karsten Sørensen
University College Syd, Udvikling og forskning
Videncenter for Sundhedsfremme

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	4
2. Om evaluering	6
3. Analytiske problemstillinger	10
3.1 Årsager.....	10
3.2 Settings	13
4. Gyldighed i sammenhænge mellem indsatser, ressourcer, mål og effekter.....	16
4.1 Regulerende midler	17
4.2 Incitamentskabelse.....	18
4.3 Informative midler.....	19
5. Ethiske problemstillinger	21
6. Evaluering af sundhedsfremme i dagtilbud og skoler	24
6.1 Genstandsfelt 1: Kompetencer	26
6.2 Genstandsfelt 2: Undervisning i sundhed/sundhedspædagogik.....	29
6.3 Genstandsfelt 3: Elevers/børns læring	34
6.4 Genstandsfelt 4: Børns/skoleelevers sundhed	37
6.5 Genstandsfelt 5: Konteksten	39

1. Indledning

Formålet med denne publikation er at understøtte og inspirere kommuner, daginstitutioner og skoler til at udvikle en praksis, hvor selv-evaluering er en integreret del af denne praksis.

Publikation har til formål at kvalificere den sundhedsfremmende, den didaktiske og den pædagogiske tænkning og praksis:

- at kvalificere dialogen i kommuner om beslutninger, planlægning, gennemførelse og evalueringer af sundhedsfremmende tiltag, effekterne af disse tiltag samt sammenhænge mellem tiltag og effekter
- at kvalificere dialogen i skoler om beslutninger, planlægning, gennemførelse og evaluering af skolens undervisning i sundhed, elevernes læring om sundhed samt samspillet mellem undervisning, læring og sundhed
- at kvalificere dialogen i dagtilbud om beslutninger, planlægning, gennemførelse og evalueringer af dagtilbuddets sundhedspædagogik, børnenes læring om sundhed samt samspillet mellem pædagogik, læring og sundhed.

Publikationen indeholder seks kapitler.

Kapitel 2 er et teoriafsnit om evaluering.

For det første gives der et bud på, *hvad* der skal evalueres, *hvornår* der skal evalueres, *hvordan* der skal evalueres, *hvem* der skal evaluere, med hvilket *formål* samt *hvad* evalueringen skal *anvendes til* i forhold til sundhedsfremme, -undervisning og – pædagogik.

For det andet præsenteres virkningsevaluering, som en metode til skabe viden om sundhedsfremmende indsatser, effekter af disse indsatser samt sammenhænge mellem indsatser og effekter.

Kapitel 3 beskæftiger sig med analytiske problemstillinger i forhold til definition af sundhedsmæssige problemstillinger og –løsninger.

For det første gennemgår kapitlet, hvilke faktorer der forårsager sundhed og sygdom. Et hovedsynspunkt er, at da sundhed er et resultat af komplekse faktorer, må sundhedsfremmende indsatser afspejle denne kompleksitet.

For det andet gennemgår kapitlet, hvilke miljøer, der påvirker sundheden. Et hovedsynspunkt er, at sundheden påvirkes af en mangfoldighed af miljøer, hvorfor sundhedsfremmende indsatser skal afspejle denne mangfoldighed.

For det tredje gennemgås, hvilke typer af beslutningsmidler kommuner har i forhold til sundhedsfremme.

Kapitel 4 beskæftiger sig med gyldighed i sammenhænge mellem sundhedsfremmende indsatser, ressourcerne hertil, målsætninger herfor og hvilke effekter, disse indsatser genererer.

Kapitlet gennemgår, hvilke regulerende, incitamentskabende og informative beslutningsmuligheder en kommune råder over.

Desuden introduceres begrebet programteori, og der gives en række konkrete eksempler på, hvordan programteori kan anvendes dels i forhold til evaluering af gennemførte

sundhedsfremmende indsatser, dels til beslutning og planlægning af analytisk korrekt konstruerede fremtidige sundhedsfremmende indsatser.

Kapitel 5 beskæftiger sig med etiske problemstillinger i sundhedsfremme.

Et hovedsynspunkt i kapitlet er, at enhver sundhedsmæssig problemstilling også indeholder etiske dilemmaer.

Kapitlet peger på, at det i sundhedsfremme ikke er nok at have blikket rettet mod målsætninger og ønskede effekter, men også blikket rettet mod etiske dilemmaer. Disse etiske dilemmaer anskueliggøres via en case fra ældreplejen.

Kapitel 6 beskæftiger sig med evaluering af sundhedsfremme i dagtilbud og skoler.

Et hovedsynspunkt i kapitlet er, at sundhedsfremme skal integreres i skolens og dagtilbuddets opgaver, hvilket betyder, at evaluering bl.a. handler om at evaluere skolens sundhedsundervisning/dagtilbuddets sundhedspædagogik samt elevernes læring om sundhed/børnenes læring om sundhed, samt den organisatoriske kontekst betydning for undervisning og læring/pædagogik og læring.

Der præsenteres en række konkrete redskaber, som pædagoger, lærere, skoler og dagtilbud kan tage i anvendelse i forhold til evaluering af ovenstående, samt redskaber til at evaluere elever/børns sundhed.

2. Om evaluering

Evaluering betyder vurdering. Enhver vurdering forudsætter, at man besvarer følgende spørgsmål:

- Hvad skal evalueres?
- Hvordan skal der evalueres?
- Hvem skal evaluere?
- Hvornår skal der evalueres?
- Hvad er formålet med evalueringen?
- Hvad skal evalueringen anvendes til?

Hvad der skal evalueres, kan betegnes som evalueringens genstandsfelter.

Genstandsfelter kan være præstationer, indsatser, udfald, resultater, effekter og konsekvenser.

Præstationer og indsatser er kommunens, dagtilbuddets og skolens virksomhed og opgavedefinition og -løsning.

Effekter kan være tilsigtede og utilsigtede effekter. De tilsigtede effekter kan betegnes som de forventede eller ønskede effekter; de utilsigtede effekter kan betegnes som ikke på forhånd forventede. Disse utilsigtede effekter kan være af såvel positiv som negativ karakter.

Endeligt kan man tale om kontraproduktive effekter. En kontraproduktiv effekt er, når en indsats virker stik imod sin hensigt.

Genstandsfelterne for evaluering af sundhedsfremme i kommuner, skoler og dagtilbud er derfor:

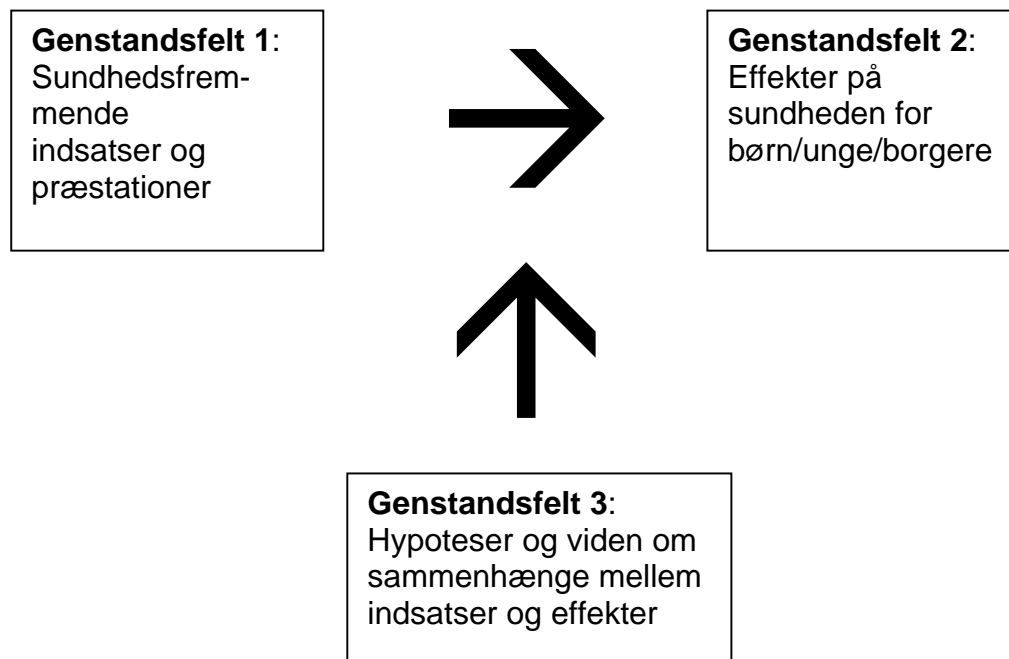
1. Sundhedsfremmende indsatser dvs. tilbud, ydelser m.m. , sundhedspædagogik og -undervisning (output)
2. Effekter er virkningen på borgerens/børn og unges sundhed (outcome)

I virkningsevaluering har man fokus på, hvordan en given indsats, baseret på hypoteser om årsags-virkningssammenhænge, virker i praksis.¹

Dette betyder, at evaluering af sundhedsfremmende indsatser har et tredje genstandsfelt: Sammenhænge mellem indsatser og effekter.

¹ Krogstrup, Hanne Katrine og Larsen, Peter Dahler (2003): Nye veje i evaluering.

De tre genstandsfelter fremgår af denne model:



Virkningsevaluering beskæftiger sig med, hvad der virker for hvem, med hvilke effekter og i hvilken sammenhæng.

Det er ikke tilstrækkeligt at definere genstandsfelter. Da evaluering handler om at vurdere og vurderinger altid er i forhold til noget, er man nødsaget til konkret at definere, hvad der konkret skal vurderes inden for de enkelte genstandsfelter.

Dette rejser følgende spørgsmål:

- Hvad er kravene til gode sundhedsfremmende indsatser/god undervisning i sundhed/god sundhedspædagogik?
- Hvilke effekter ønskes opnået vedrørende borgernes/børn og unges sundhed?

Til besvarelse af disse spørgsmål er det en forudsætning, at der formuleres målsætninger for såvel genstandsfelt 1 (indsatser/tiltag) som genstandsfelt 2 (effekter).

Kommunen bør formulere målsætninger for såvel de sundhedsfremmende tiltag/indsatser som for hvilke effekter, der forventes, på borgernes/børn og unges sundhed.

I skolen definerer "Fælles Mål" målene for skolens indsatser (undervisning) og målene for elevernes læring om sundhed. De pædagogiske læreplaner indeholder mål for dagtilbuddets indsatser (pædagogik) og børnenes læring. Skolen skal derfor formulere målsætninger for undervisningen i sundhed, og målsætninger for elevernes læring om sundhed, med udgangspunkt i "Fælles Mål", og daginstitutionen skal formulere målsætninger for sin sundhedspædagogik, og målsætninger for børnenes læring om sundhed, med udgangspunkt i de pædagogiske læreplaner.

Målsætninger kan være af kvantitativ eller kvalitativ karakter. En kvantitativ målsætning er karakteriseret af, at graden af målopfyldelse kan vejes eller måles.

F.eks. kan graden af målopfyldelse i målsætningen: "Målet er, at børnene skal bevæge sig en time hver dag" måles.

En kvalitativ målsætning er karakteriseret af, at graden af målopfyldelse ikke kan måles og vejes men skønnes, dvs. vurderes.

F.eks. kan graden af målopfyldelse i målsætningen: "Målet er at børnenes lyst til bevægelse øges" kun vurderes.

For at kunne vurdere, om man bevæger sig i retning af de ønskede kvalitative målsætninger, er man nødt til at forholde sig til følgende kernespørgsmål:

Hvordan kan vi se, høre eller fornemme, at vi bevæger os frem mod de ønskede målsætninger?

Hvad man kan se, høre og fornemme har fællesbetegnelsen "Tegn".

Evaluering af kommunens sundhedsfremmende indsatser handler dels om at afklare og definere, hvilke mål der skal henholdsvis opfyldes og fremmes samt, at afklare og definere, hvilke tegn, der indikerer, at man bevæger sig i den ønskede retning.

Evaluering af skolens undervisning i sundhed og elevernes læring om sundhed handler dels om, at afklare og definere, hvilke mål, der skal henholdsvis opfyldes og fremmes samt, at afklare og definere, hvilke tegn, der indikerer, at man bevæger sig i den ønskede retning.

Evaluering af dagtilbuddets sundhedspædagogik og børnenes læring om sundhed handler dels om at afklare og definere, hvilke mål, der skal henholdsvis opfyldes og fremmes samt, at afklare og definere, hvilke tegn, der indikerer, at man bevæger sig i den ønskede retning.

Beslutningen om, at bruge tegn i evalueringen er bestemmende for, hvilke evalueringsredskaber, der er relevante.

Redskaber til evaluering af tegn er først og fremmest kvalitative, dvs. værktøjer som bygger på observation, refleksion, dialog og analyse.

Redskaber til evaluering af graden af målopfyldelse kan også være kvantitative, dvs. værktøjer som spørgeskemaundersøgelser, statistiske data m.m.

Formålet med vurderingen giver svar på spørgsmålet om, hvorfor det er vigtigt og betydningsfuldt at evaluere.

Evaluering har tre forskellige formål.

Der er for det første den summative evaluering, som har til formål at undersøge og dokumentere resultater og effekter.

Resultater og effekter kan både være utilsigtede og tilsigtede.

Betingelsen for, at kunne undersøge de tilsigtede resultater er, at der er formuleret begrundelser og mål for indsatser og ønskede resultater.

Den summative evaluering har blikket rettet mod graden af målopfyldelse samt øvrige effekter og er bagudrettet.

Der er for det andet den formative evaluering, som har til formål, at tilgodese en fortløbende kvalitetsudvikling af praksis.

Her er der fokus på at lære af de erfaringer der indhøstes med henblik på fortløbende kvalitetsforbedringer.

Den formative evaluering har derfor blikket rettet mod justering og korrektion af de på forhånd definerede målsætninger og på forhånd planlagte aktiviteter for at nå målene i lyset af de praksiserfaringer, der løbende indhøstes.

Endeligt er der for det tredje den videnopsamlende evaluering.

Den videnopsamlende evaluering beskæftiger sig med genstandsfelt 3, dvs. sammenhænge mellem indsatser og effekter.

Disse sammenhænge kaldes i virkningsevaluering for programteori.

Programteori er altså nogle begrundede antagelser om, hvordan en given indsats forventes at generere bestemte effekter eller resultater.

Evalueringen har her fokus på dels om sammenhængene kan sandsynliggøres, dels om programteorien er korrekt eller fejlagtig konstrueret.

Den summative evaluering foregår typisk efter afslutningen af en indsats. Den formative evaluering foregår fortløbende og den videnopsamlende evaluering foregår såvel fortløbende som efter afslutningen af en indsats.

Evaluering indeholder både et bagudrettet perspektiv og et fremadrettet perspektiv.

Det bagudrettede perspektiv handler om, at vurdere en konkret indsats/undervisning/sundhedspædagogik, resultaterne heraf samt gyldigheden af den bagvedliggende programteori.

Det fremadrettede perspektiv handler om at lære af de erfaringer man høster og udvikle viden om gyldigheden af den bagvedliggende programteori, og anvende denne viden til at øge kvaliteten af fremtidige indsatser.

3. Analytiske problemstillinger

Enhver sundhedsfremmende og forebyggende indsats baserer sig for det første på en forståelse af fænomenet sundhed og for det andet implicit eller eksplicit på antagelser om årsagsvirkningssammenhænge.

Hvad er sundhed?

En klassisk definition på sundhed er: "Sundhed er ikke kun et spørgsmål om fravær af sygdom, men også et spørgsmål om total fysisk, psykisk og social velvære".²

Dette sundhedsbegreb rummer for det første den dobbelthed, at sundhed forstås både som velvære og fravær af sygdom. Sundhed er derfor ikke kun et spørgsmål om at være rask. Man kan med andre ord godt være rask uden at man nødvendigvis er sund. Sundhedsbegrebet præciserer for det andet, at sundhed ikke kun har en biologisk-fysiologisk dimension men også en psyko-social dimension. Sundhed er derfor ikke kun et spørgsmål om at kroppen er sund, men også spørgsmålet om den psyko-sociale trivsel.

Sygdom, raskhed, sundhed og usundhed er aspekter i ovenstående sundhedsbegreb. Fænomenet sundhed er et resultat af en række årsager. Dette rejser spørgsmålet om, hvilke kausale årsager der skaber sundhed/usundhed/sygdom/raskhed.

Men fænomener er også åben over for påvirkninger fra andre faktorer. Disse faktorer, som under de rette betingelser kan påvirke specifikke fænomener, betegnes som påvirkningsfaktorer. Fænomenet sundhed indgår hermed i et påvirkningsfelt, hvilket rejser spørgsmålet om hvilke faktorer der påvirker sundhed/usundhed/sygdom/raskhed.

3.1 Årsager

Sundhed kan forklares med såvel biologiske, fysiologiske og psykosociale årsager.

Hvad vi spiser og drikker, hvor meget vi bevæger os, om vi har den rette balance mellem hvile og aktivitet, hvad vi er genetisk disponeret for, om vi trives med os selv og andre er faktorer som forårsager sundhed, usundhed, raskhed og sygdom.

Idet årsagerne til sundhed er komplekse har det som konsekvens, at en ensidig satsning på kun enkeltårsager vil have en begrænset effekt på sundheden som helhed.

Sunde mad- og måltidsvaner resulterer ikke nødvendigvis i at man f.eks. taber sig i vægt. Dette forudsætter at man forbrænder flere kalorier end man indtager. Den positive effekt af fysisk aktivitet kan minimeres af usund mad. Sund mad og fysisk aktivitet er ikke identisk med at man trives psykisk og har gode sociale relationer. Psykosocial trivsel er ikke identisk med, at man spiser sundt og er fysisk aktiv.

Undersøgelser (Sundhedsstyrelsen 2007) viser dog, at unge som hovedtendens 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 dårlig psykisk trivsel og svage sociale relationer.

² WHO, 1948

Den positive sundhedscirkel er karakteriseret af, at den unge overvejende spiser sundt, er fysisk aktiv, har god psykisk trivsel og stærke sociale relationer.

Sundhedsstyrelsens undersøgelse rejser spørgsmålet om karakteren af sammenhængene i den positive og den negative sundhedscirkel.

Har den unge dårlig psykisk trivsel 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 dårlig trivsel at den unge spiser usundt eller trøstespiser den unge forårsaget af dårlig psykosocial trivsel?

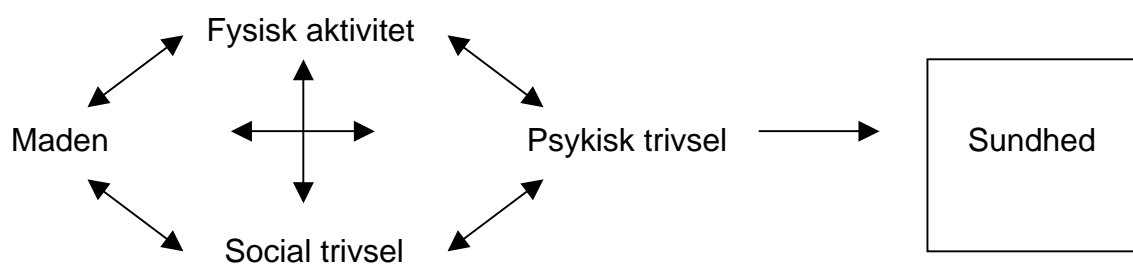
Disse spørgsmål anskueliggør, at der er en stor sandsynlighed for at sammenhængene ikke er mekaniske årsagsvirkningssammenhænge men har karakter af gensidigt, selvforstærkende processer, hvilket ud fra en kompleksitetsteoretisk synsvinkel giver god mening.³

Selv om sundhedsstyrelsens undersøgelse kun omfatter ungdomsårgange er der ingen grund til at antage, at der ikke kan være lignede sammenhænge for andre aldersgrupper.

Derfor fører ovenstående refleksioner frem til en kausal analyse af sundhedsårsager og sundhedsproblemer, hvor såvel maden, fysisk aktivitetsniveau som social-psykologiske faktorer er årsager til sundhed/usundhed.

Sundhed er et komplekst fænomen/usundhed er et komplekst problem, hvorfor sundhedsfremmende politikker og indsatser skal afspejle denne kompleksitet. Hver enkelt årsagsfaktor kan ikke alene skabe sundhed, hver enkelt faktor kan højst være et bidrag til dette, hvorfor det er nødvendigt at alle årsagsfaktorer bliver bragt i spil i forhold til sundhedsfremme.

Den kausale model for sundhedsfremme og problemdefinition og -løsning af sundhedsproblemer ser derfor således ud:



Om borgeren/barnet/den unge befinder sig i en negativ eller positiv sundhedscirkel varierer med levevilkårsfaktorer. Borgerne råder over forskellige økonomiske, kulturelle og sociale ressourcer.

Økonomiske ressourcer handler om pengeressourcer, ejendomsbesiddelser og indkomst.

Kulturelle ressourcer handler bl.a. om viden, uddannelse og dannelse.

Sociale ressourcer handler bl.a. om familierelationer og andre netværk med betydning for en persons muligheder.

³ Kompleksitetsteori anskuer ikke sammenhænge som årsagsvirkningsrelationer men anskuer sammenhænge som gensidige feedback mekanismer.

Disse ressourcer er ulige fordelt i befolkningen.⁴ Desuden er der en tendens til, at man enten er mere eller mindre rig på såvel økonomiske, sociale som kulturelle ressourcer eller mere eller mindre fattig på såvel økonomiske, sociale som kulturelle ressourcer. Ulighed i sygdom og sundhed er et veldokumenteret fænomen i Danmark og den øvrige vestlige verden, som følgende få eksempler illustrerer:

- Overvægtsproblemer er hyppigere forekommende blandt de kortuddannede og økonomisk dårligere stillede end blandt de højtuddannede og økonomisk bedre stillede.
- Middellevetiden er højere for folk med lange uddannelser og høje indkomster end for folk med korte uddannelser og lave indkomster.
- De kortuddannede og økonomisk dårligere stillede ryger mere end de økonomisk bedrestillede og højtuddannede (til gengæld drikker de højtuddannede mere alkohol).

Sundhed påvirkes derfor også af levevilkårsfaktorer.

I en evalueringssammenhæng er følgende deskriptive spørgsmål derfor relevante at undersøge:

- Hvordan er borgeres/børn og unges sundhedstilstand, og hvordan udvikler dette sig over tid?
- Hvad kendetegner borgeres/børn og unges mad og måltidsvaner, og hvorledes har disse vaner udviklet sig over tid?
- Hvad karakteriserer borgeres/børn og unges fysiske aktivitetsvaner, og hvorledes har disse vaner udviklet sig over tid?
- Hvad karakteriserer borgeres/børn og unges psykosociale trivsel, og hvordan har det udviklet sig over tid?
- Er der økonomisk/social/kulturel ulighed i ovenstående?

Metoder til frembringelse af empiri som kan bidrage til besvarelse af disse spørgsmål er f.eks. data fra regioner og kommuner, børne- og kommunelæger, data fra sundhedsplejen og ældrepleje, HBSC-undersøgelser⁵ m.m. Disse data frembringes almindeligvis i forvejen i en række kommuner, hvorfor der foreligger et empirisk grundlag for dels at beskrive den aktuelle sundhedstilstand blandt borgere/børn og unge dels at monitorere hvorledes sundhedstilstanden udvikler sig over tid.

Det er i en evalueringssammenhæng også relevant at undersøge følgende eksplorative spørgsmål:

- Hvilke sammenhænge er der mellem fysisk aktivitet, psykosociale forhold, mad og måltider samt sundhed blandt borgere/børn og unge?

⁴ "Ulighed og livsløb" Socialforskningsinstituttet 2003.

⁵ Health Behavior of School Children. En undersøgelse blandt femte, syvende og niende klasse elever. Undersøgelsen

afdækker skoleelevers vurdering af eget helbred, sundhed og trivsel. Undersøgelsen foretages hvert tredje år og forestås af WHO.

- Hvilke sammenhænge er der mellem sundhed og borgernes/børn og unges økonomiske, sociale og kulturelle ressourcer?

Metoder til frembringelse af empiri som kan bidrage til at besvare dette spørgsmål er bl.a. kommunens egne data fra børnelæger, sundhedspleje, ældrepleje, HBSC-undersøgelser, som vil kunne dokumentere om der kan påvises en såvel positiv som negativ sammenhæng i sundheden og sundhedens sammenhæng med levevilkår. Disse data vil dog ikke kunne besvare spørgsmålet om karakterer af disse sammenhænge, hvorfor der vil være brug for via kvalitative studier at undersøge disse sammenhænge konkret.

3.2 Settings

Borgere/børn og unge indgår i forskellige miljøer (Settings), som *påvirker og former* sundheden. Disse Settings er:

- Familien. De fleste voksne og børn bor i familier. Familiens madkultur og –vaner, familiens prioritering af bevægelse, som en del af familiens fælles aktiviteter og liv, samt familiens kærlighed har afgørende betydning for den voksnes/barnets /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.
- Fritids- og ungdomsklubber. Disse klubbers mad-, bevægelses- og trivselskultur har betydning for børn og unges sundhed 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 m.m. er også en forudsætning for, at voksne/børn og unge transporterer sig selv.
- Venner. Venners madkultur og –vaner, venners præferencer vedrørende fritidslivet, fysiske aktivitet/inaktivitet som en del af at vedligeholde og udvikle venskaber som fællesskaber samt venskabet som skaber af personlig og social identitet, har betydning for voksne/børn og unges sundhed og trivsel.
- Plejehjem/ældreplejen har stor betydning for forebyggelse og behandling af sygdom samt den ældres fysiske, psykiske og sociale trivsel.

- Foreninger. Frivillige og private organisationers tilbud har også en betydning for voksnes/børn og unges lyst til og mulighed for bevægelse, samt bidrager til at voksne/børn og unge trives. Maden, der tilbydes i f.eks. haller, spiller også en rolle for, hvad voksne/børn og unge spiser.
- Arbejdspladsen. Arbejdspladsens miljø spiller en betydning for sundheden. Tilbud om et sundt måltid, frugtordninger, mulighed for fysisk aktivitet; sociale events med fysisk aktivitet; et fysisk arbejdsmiljø uden støj og nedslidning samt et værdsættende og anerkendende psykosocialt arbejdsmiljø.

Konsekvensen af ovenstående er for det første at samtlige Settings påvirker på forskellige måder voksne/børn og unges sundhed, hvorfor en satsning på en eller få Settings kun vil have en begrænset effekt på sundhed, hvilket nedenstående eksempler anskueliggør:

- En prioritering af et sundt måltid mad i dagtilbud og skole vil kun have en begrænset effekt på børns/unges sundhed, hvis barnet/den unge i fritid og familie vælter sig i fede, usunde fødeemner.
- En opprioritering af fysisk aktivitet i dagtilbud og skole har kun en begrænset effekt, hvis barnet/den unge ikke har lyst til og mulighed for fysisk aktivitet uden for dagtilbud/skole.

For det andet er det vigtigt at være opmærksom på, at borgerens/barnets/den unges sundhedstilstand kan variere fra Setting til Setting.

F.eks. kan et barn/en ung trives i familie og fritid, men mistrives i skolen og omvendt, eller en voksen kan trives i fritiden, men ikke på arbejdspladsen.

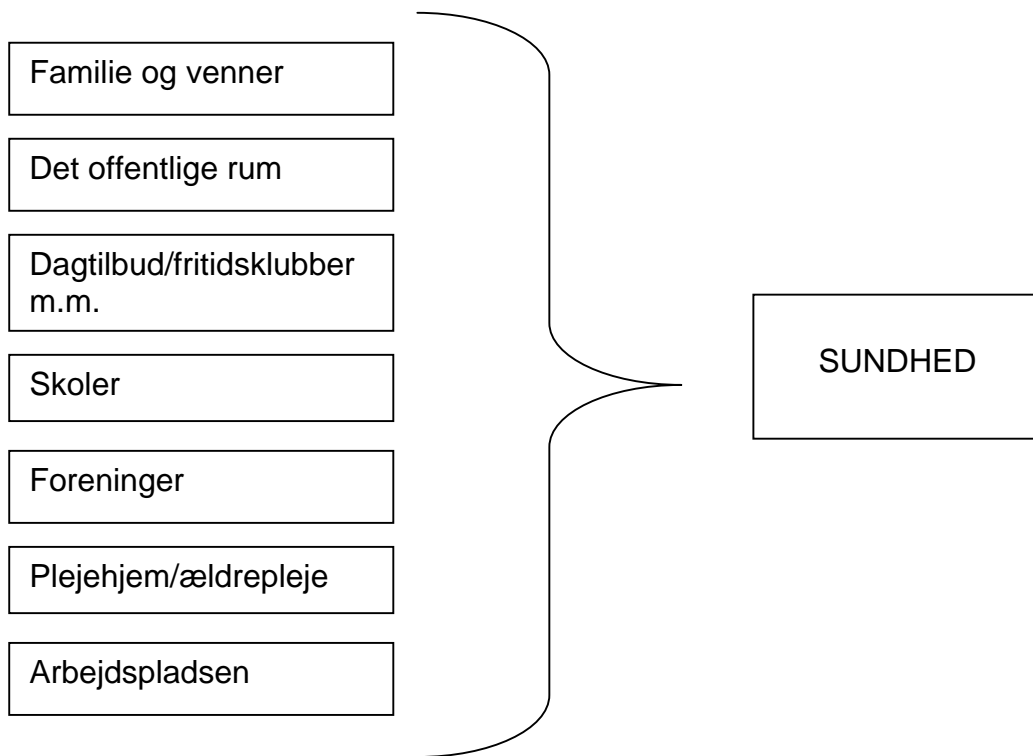
For det tredje fører ovenstående refleksioner frem til en analyse af hvad der påvirker voksne/børn og unges sundhed, hvor samtlige Settings indgår som påvirkningsfaktorer. Sundhed påvirkes af alle Settings, hvorfor politikker og indsatser med sundhedsfremmende formål skal relatere sig til alle Settings. Hver enkelt Setting kan ikke alene fremme sundhed og løse sundhedsproblemer, hver enkelt Setting kan højst være et bidrag til sundhedsfremme og løsningen af sundhedsproblemer, hvorfor det er nødvendigt at alle Settings bliver bragt i spil.

Hvilke midler en kommune vil kunne tage i anvendelse for at fremme sundheden varierer med Settingstype, idet der er juridiske og moralske grænser for kommunens beslutningskompetence.

Relationer mellem kommune og Settings kan inddeles i følgende typer:

- Direkte regulering. Kommunen har ansvaret for det offentlige rum f.eks. infrastruktur, rekreative områder og boligkvarterer.
- Politisk styring. Kommunen styrer dagtilbud, skole og ældrepleje via rammer, indhold, målsætninger og resultatkrav.
- Tilbud (herunder rådgivning) til borgere, familier og arbejdspladser.
- Samarbejde med frivillige foreninger f.eks. idrætsforeninger og beboerforeninger.

Den kausale model for sammenhænge mellem Settings og sundhed ser således ud:



4. Gyldighed i sammenhænge mellem indsatser, ressourcer, mål og effekter

Som argumenteret for i forrige afsnit er årsagerne til sundhed/usundhed komplekse og der er mangfoldige Settings, som påvirker sundheden. Derfor er der en risiko for at beslutninger og planlægning af sundhedsfremmende indsatser bygger på analytiske fejlkonstruktioner.

To typiske eksempler på fejlkonstruktioner er:

- Hvis der kun foretages indsatser i forhold til en af de årsagsfaktorer som forårsager sundhed/usundhed er der en risiko for at indsatsen ikke påvirker sundheden på den ønskede måde. Her reduceres årsagerne til sundhed og sundhedsmæssige problemer til *en* årsag.
- Hvis der kun sættes ind i forhold til en af de "Settings" som voksne/børn og unge agerer i, er der en risiko for at indsatsen ikke påvirker sundheden og sundhedsmæssige problemstillinger på den ønskede måde. Her reduceres påvirkningsmulighederne til kun *en* påvirkningsfaktor.

Begge eksempler er udtryk for reduktionisme idet årsager reduceres til *en* årsag eller påvirkningsfaktorer reduceres til *en* faktor.

En kommunal indsats til fremme af sundheden og løsninger af sundhedsproblemer bør bevæge sig fra en "projekttænkning" til en "programtænkning".

Projekter handler om enkeltstående indsatser og initiativer i forhold til enkelte årsager og enkeltstående Settings.

Programtænkning handler om at foretage indsatser som reflekter kompleksiteten af årsagsfaktorer vedrørende sundhed og sundhedsmæssige problemer og alle Settings, som påvirker og former borgerens/børn og unges sundhed.

Kun en helhedsorienteret og mangfoldig indsats vil være et gyldigt grundlag for en forventning om, at sundheden bliver påvirket.

Dette betyder også, at de forskellige indsatser i de forskellige Settings ikke kan forventes at løse sundhedsproblemer, men mere at bidrage (direkte og indirekte) til løsning heraf. Dertil kommer, at der kan formuleres mål for forskellige indsatser i forskellige Settings, beslutes og gennemføres indsatser og undersøges hvilke effekter, indsatser har haft, samtidigt med, at det er vigtigt at evaluere om der er en gyldig sammenhæng mellem mål, ressourcer, indsatser og effekter.

Med gyldig sammenhæng (programteori) menes der:

1. At målsætningerne er realistiske i forhold til indsatser.
2. At indsatserne er orienteret mod at opfylde målsætningerne.
3. At effekter troværdigt kan tilskrives indsatserne.
4. At der er de fornødne ressourcer i form af tid, penge og kompetencer.

Et politisk-administrativt system har overordnet set tre politikmidler:

- Regulerende midler
- Incitamentskabende midler
- Informationsmidler

Disse politikmidler redegøres der for i de følgende afsnit.

4.1 Regulerende midler

Af regulerende midler er påbud, krav og forbud dominerende typer.

Påbud kan f.eks. være kommunale værdier og målsætninger, som er styrende for de kommunale organisationers arbejde.

Relevante evalueringsspørgsmål, der skal undersøges vedrørende værdier og mål, er:

- Hvordan har de politisk styrede organisationer efterlevet og omsat de kommunale værdier i praksis?
- Hvilke faktorer har virket hæmmende og hvilke faktorer har virket fremmende?
- I hvilken grad har de politisk styrede organisationer opfyldt målsætningerne?
- Hvorfor/hvorfor ikke er der den grad af målopfyldelse?

Metoder til besvarelse af ovennævnte evalueringsspørgsmål kan f.eks. være kvalitetsrapporter, dialogmøder m.m.

Krav kan f.eks. være, at kommunen stiller krav til idrætshallers kantinetilbud, som betingelse for at yde økonomisk støtte.

Relevante evalueringsspørgsmål vil her være:

- Lever idrætshallerne op til de krav som kommunen har formuleret?
- I hvilken grad benytter børn og unge sig af kantinetilbuddet?
- Hvorfor/hvorfor ikke?

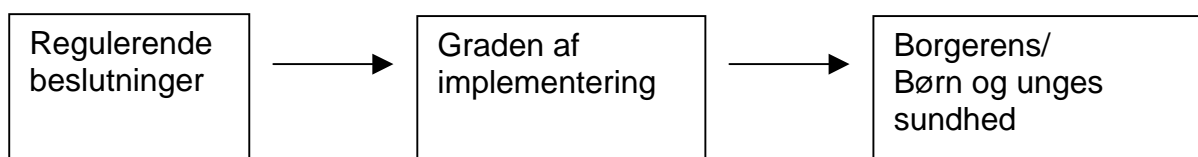
Metoder til besvarelse af dette evalueringsspørgsmål kan være tilsyn, afrapportering m.m.

Et forbud kan f.eks. være at forbyde sodavandssalg i klubber m.m. Et relevant evalueringsspørgsmål vil være:

- Bliver forbuddet overholdt?

En metode til besvarelse heraf er dialog med klubberne herom.

Den hypotese som ligger til grund for regulerende beslutninger er følgende:



I hvilken grad regulerende beslutninger påvirker borgernes/børn og unges sundhed er et empirisk anliggende.

Eksempelvis vil et sodavandsforbud i ungdomsklubben i bedste fald betyde, at den unge ikke indtager usunde drikkevarer, mens den unge opholder sig i ungdomsklubben, men ikke nødvendigvis påvirke hverken forbruget i andre Settings eller den unges samlede forbrug af sodavand.

Den kritiske indikator for, om sodavandsforbuddet påvirker barnets/den unges sundhed, er derfor, om forbuddet påvirker det samlede sodavandsforbrug.

4.2 Incitamentskabelse

Tre vigtige incitamentskabende metoder er økonomiske tilskud, tilbud og ændringer i rammer.

Økonomiske tilskud kan f.eks. være tilskud til beboerforeninger, som vil iværksætte projekter, der fremmer sundheden hos borgerne; økonomiske tilskud til haller som vil ændre hallens madtilbud i en mere sundhedsfremmende retning; økonomiske tilskud til kommunale organisationer som vil gøre en særlig indsats i forhold til sundhed; økonomiske tilskud til kontingenter i frivillige foreninger for socialt-økonomisk dårligt stillede osv.

Relevante evalueringsspørgsmål vil i denne sammenhæng være:

- Bliver de økonomiske tilskud overhovedet anvendt?
- Bliver de økonomiske tilskud anvendt til formål og planlagte indsatser?
- Kan modtagerne af de økonomiske tilskud sandsynliggøre hvilken effekt indsatserne har haft?

Tilbud kan f.eks. være kommunale aktiviteter for borgerne, men også tilbud til brugere af de kommunale organisationer. Kommunale aktiviteter for borgerne kan være stavgang for ældre; guidede ture for børnefamilier af naturguide osv.

Tilbud til brugere af kommunale organisationer kan f.eks. være legepatruljer som besøger dagtilbud og skoler, idræts- og kulturkaravaner som besøger skoler og dagtilbud m.m.

Da der er tale om frivillige tilbud, som forudsætter, at der er modtagere, som beslutter sig for at deltage er følgende evalueringsspørgsmål gyldige:

- Hvor mange modtager tilbuddet?
- Hvor stor en procentdel af de samlede målgrupper modtager tilbuddet?
- Er der sociale, kønsmæssige og kulturelle forskelle i hvem der modtager tilbuddet?

- Hvilke effekter har tilbuddene haft på de deltagende?

Relevante evalueringsmetoder vil dels være dialog med professionelle og organisationer, som har ansvaret for tilbuddene, dels brugerundersøgelser.

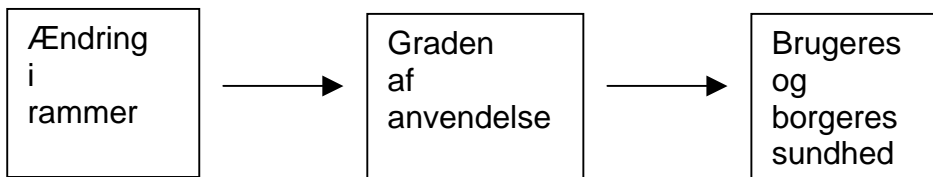
Brugerundersøgelser kan udformes som såvel spørgeskemaundersøgelser som interviews med brugere.

Ændringer i rammer

Ændringer i rammer er incitamentskabende for borgeres og brugeres muligheder for og lyst til at handle sundhedsfremmende. Eksempler på dette er:

- En betingelse for, at børn og unge cykler fra hjem til skole og fra hjem til fritidsaktiviteter, er en infrastruktur, som betyder, at vejene er trafiksikre, og der er cykelstier.
- En forudsætning for, at borgerne/børn og unge er fysisk aktive i boligkvarteret er, at der er faciliteter som muliggør det og som appellerer til målgrupperne.
- En forudsætning for, at børn i dagtilbuddet får lyst til at bevæge sig på legepladsen er, at der er spændende og alsidige fysiske udfordringer.
- En forudsætning for, at naturen anvendes til fysisk aktivitet, er anlæggelse af gang- og løbestier.

Den kausale model for ændringer i rammer er:



Den vigtigste indikator for, om ændring af rammer påvirker sundheden er, at rammerne benyttes.

Da ændringer i rammer ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at rammerne anvendes, er de relevante evalueringsspørgsmål:

- I hvilket omfang benyttes rammerne af borgere og brugere?
- Er der sociale, kønsmæssige og kulturelle uligheder i forhold til hvem der benytter rammerne?
- Hvorfor er der disse forskelle?
- Hvilke sundhedseffekter skaber disse rammer?

4.3 Informative midler

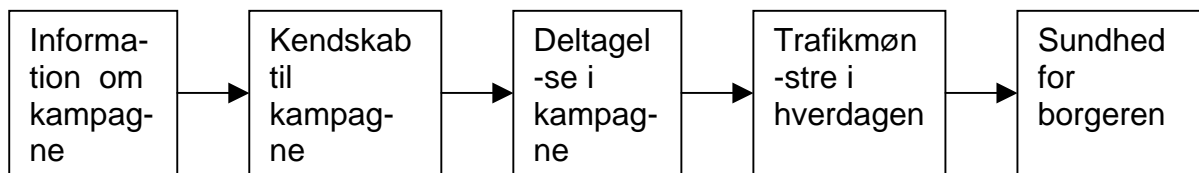
Informative midler kan f.eks. være kampagner, rådgivning, undervisning, dialog og debat.

Kampagner kan f.eks. være "vi cykler til arbejde". Målene for sådan en kampagne kan f.eks. være at skabe opmærksomhed om betydningen af at cykle samt at få så mange arbejdspladser som muligt til at deltage.

Der vil også være en effektforventning om, at deltagelse i kampagnen vil påvirke borgerens daglige trafikadfærd.

Effekten er dog et empirisk spørgsmål, idet borgerens daglige trafikadfærd er et resultat af egne beslutninger og handlinger.

Den kausale model for kampagnen er derfor:



Den vigtigste indikator for påvirkning af sundheden er i modellen ændring i borgerens trafikmønstre i hverdagen.

Relevante evalueringsspørgsmål er derfor:

- I hvilket omfang kender virksomhederne til kampagnen?
- I hvilken grad deltager virksomhederne i kampagnen?
- Påvirkes borgernes daglige trafikadfærd og på hvilken måde?
- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvordan påvirkes sundheden?

Metoder til at undersøge ovenstående spørgsmål kan f.eks. være trafiktællinger, statistiske opgørelser over deltagelse, brugerundersøgelser m.m.

Rådgivning

Rådgivningsopgaver kan f.eks. være en forvaltnings rådgivning af politikere; en forvaltnings rådgivning af dagtilbud og skoler; sundhedsplejens rådgivning til familier; pædagoger og læreres rådgivning af forældre m.m.

Eksempel med sundhedsplejen.

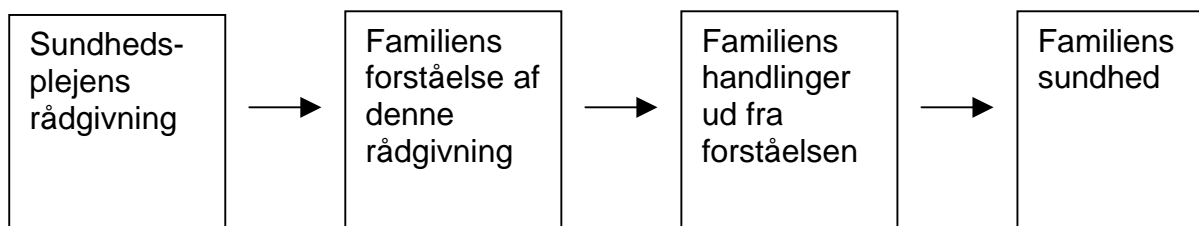
Målene for sundhedsplejens rådgivning af familier kan f.eks. være:

- At leve op til kravene i lovgivningen.
- At forestå en rådgivning baseret på de kommunale værdier.
- At rådgive familien om livsstil og livsstilens betydning for sundhed.

Der vil derudover være en forventning om, at rådgivning vil have en effekt på f.eks. familiens livsstil.

Dette er dog et empirisk spørgsmål, idet forudsætningerne for, at rådgivningen påvirker familiens livsstil, er for det første, at familien har forstået rådgivningen, og for det andet tilslutter sig dette i handling.

Den kausale model for rådgivning er:



De relevante evalueringsspørgsmål er følgende:

- I hvilken grad er målene opfyldt?
- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Kan der spores forandringer i familiers sundhed?
- Hvilke faktorer har virket hæmmende?
- Hvilke faktorer har virket fremmende?

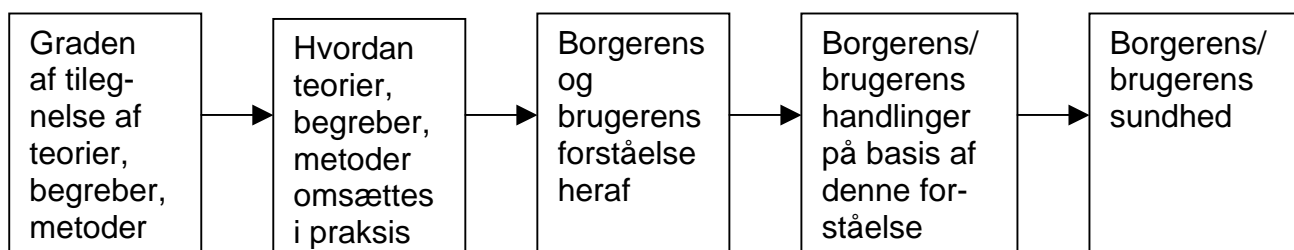
Undervisning

Undervisning er såvel den undervisning som foregår af elever via den kommunale folkeskole som den efteruddannelse der foregår af de kommunalt ansatte.

Et efteruddannelsesforløb for de kommunalt ansatte i sundhedsfremme kan have som målsætninger:

- At deltagerne tilegner sig relevante teorier, begreber og metoder i sundhedsfremme.
- At deltagerne formår at omsætte teorier, begreber og metoder i egen praksis.

I hvilket omfang et efteruddannelsesforløb påvirker borgerens/brugerens sundhed er et empirisk spørgsmål. Den kausale model vil derfor se således ud:



Centrale indikatorer for påvirkningen af sundheden vil være hvordan kommunens praksis påvirker borgerens/brugerens forståelse og handlinger.

5. Ethiske problemstillinger

Ud fra en funktionalistisk synsvinkel er hovedspørgsmålene: Virker indsatserne? Opnår vi målsætningerne?

Denne funktionalistisk tilgang bør dog suppleres med de etiske spørgsmål: Er det også hensigtsmæssigt og ønskværdigt? Er mål og midler etisk legitime? Enhver sundhedsmæssig problemstilling indeholder også etiske problemstillinger, hvilket nedenstående case⁶ fra ældreplejen kan illustrere.

Case

På et plejehjem er der en gruppe beboere, som på grund af sygdom eller svækkelse ikke er i stand til at tage føde til sig af egen kraft. Disse problemer kan f.eks opstå som resultat af hjerneblødning eller en fremskreden senil demens. Disse beboere skal have hjælp til at indtage føden. Plejehjemmet og dermed det sundhedsfaglige personale skal derfor tage stilling til, hvordan dette problem løses.

Der eksisterer flere madningsmetoder, hvorfor det er vigtigt, at træffe et kvalificeret valg baseret på viden om de forskellige madningsmetoder.

Men grundlaget for at træffe et kvalificeret valg er ikke kun baseret på viden om forskellige madningsmetoder og deres effekt, men også baseret på forskellige værdimæssige perspektiver, hvorfor den konkrete beslutning er en afvejning af, dels faktuel viden om madningsmetoder og disse metoders effekter dels værdimæssige overvejelser over, hvad der er legitimt.

Endelig er den konkrete beslutning afhængig af ressourceforbruget.

I denne case har plejehjemmet og det sundhedsfaglige personale tre madningsmetoder at vælge mellem:

- Sprøjte som madningsmetode.
- Madning med ske.
- Madning med sutteflaske.

Sprøjte som metode har den positive effekt, at metoden sikrer, at beboeren får den nødvendige ernæring.

Men sprøjten har den negative bi-effekt, at beboeren risikerer mad i luftvejene, hvilket kan forårsage lungebetændelse og hermed være en dødsårsag.

Ulemperne ved brug af sprøjte kan være, at beboeren ikke får mulighed for at bruge sine sutte reflekser, og bliver frataget muligheden for at smage maden.

Madning med ske har også den positive effekt, at beboeren får den nødvendige ernæring. Dertil kommer, at madning med ske tilgodeser en række menneskelige værdier som nærhed og omsorg.

Ulempen ved metoden er først og fremmest, at den er enormt ressourcekrævende og kan være urealistisk i forhold ressourcegrundlaget for pleje af plejehjemsbeboere.

(Personalenormering m.m.).

Sutteflasken har den fordel, at beboeren selv styrer fødeindtagelsen, anvender sine sutte reflekser og kan smage maden.

Ulempen er at denne madningsmetode er i konflikt med en central værdi som værdighed. Sutteflasken kan derfor tolkes som en krænkelse af den ældres værdighed.

⁶ Casen er fra Jens Thisted, Århus Universitet, Unpublished Paper.

Målsætninger for effektiviteten af metoder kan komme i konflikt med målsætninger for omsorg og pleje, og målsætninger for omsorg og pleje kan komme i konflikt med det ressourcemæssige grundlag.

Dette har for det første som konsekvens, at den konkrete beslutning om, hvilken metode der skal tages i anvendelse, baserer sig på en afbalancering af flere hensyn herunder værdimæssige betragtninger.

For det andet har det den konsekvens, at en evaluering af indsatser skal inddrage såvel effektmæssige, ressourcemæssige og værdimæssige spørgsmål.

Derfor bør følgende evalueringsspørgsmål undersøges:

1. Hvilke tilsigtede effekter har indsatsen haft?
2. Hvilke utilsigtede effekter har indsatsen haft?
3. Hvilken sammenhæng har der været mellem ressourcegrundlag og indsats?
4. Var indsatsen etisk legitim?

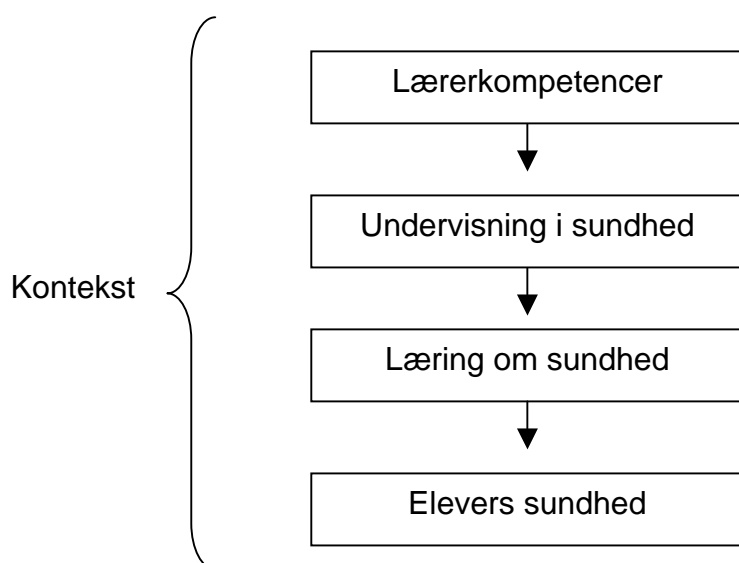
6. Evaluering af sundhedsfremme i dagtilbud og skoler

Genstandsfelter for evaluering i skolen kan være skolens opgave og virksomhed; lederes, læreres og pædagogers indsatser, skolens undervisning, elevernes indsats og elevernes udbytte af undervisningen.

Genstandsfelter for evaluering i dagtilbuddet kan være dagtilbuddets opgave og virksomhed, lederes og pædagogers indsatser, dagtilbuddets pædagogik, børnenes indsats og udbytte af deltagelse i pædagogiske aktiviteter.

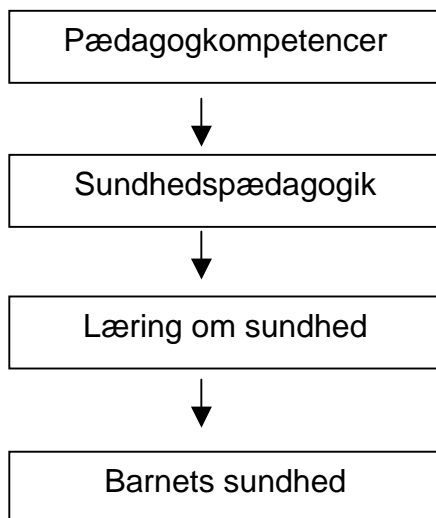
Skolens kerneydelse er at levere en undervisning, som genererer læring hos eleverne. Dette betyder, at genstandsfelter for evaluering som minimum skal handle om såvel skolens undervisning i sundhed og elevernes læring om sundhed. Dertil kommer, at lærerkompetencer er afgørende for kvaliteten af den undervisning i sundhed, som skolen leverer og for elevernes læringsudbytte. Endeligt er det en grundlæggende antagelse at elevernes læring om sundhed har en effekt på elevernes faktiske sundhed.

I virkningsevaluering kaldes dette for en programteori dvs. antagelser om sammenhænge mellem indsatser og virkninger. Da indsatser og virkninger altid udfolder sig i en konkret kontekst ser skolens programteori derfor ud som følger:



Dagtilbuddets kerneydelse er at levere en pædagogik, som genererer læring hos børnene. Dette betyder, at genstandsfelter for evaluering, som minimum skal handle om såvel daginstitutionens sundhedspædagogik som børnenes læring om sundhed. Dertil kommer, at pædagogkompetencer er afgørende for kvaliteten af den sundhedspædagogik, som dagtilbuddet leverer og for børnenes læringsudbytte. Endeligt er det en grundlæggende antagelse, at læring om sundhed påvirker sundheden.

I virkningsevaluering kaldes dette for en programteori dvs. antagelser om sammenhænge mellem indsatser og virkninger. Da indsatser altid udfolder sig i en konkret kontekst og da effekter altid skabes i en konkret kontekst ser dagtilbuddets programteori derfor ud som følger:



Fra læringsteori ved vi, at noget undervisning skaber læring, at noget undervisning ikke skaber læring, samt at elever lærer i mange andre arenaer end skolen.

Vi ved også, at elever har forskellige læringspræferencer og læringsstile, hvorfor bestemte undervisningspraksiser skaber forskellige læringsresultater hos elever.

Endelig ved vi, at den sociale og kulturelle kontekst kan være henholdsvis fremmende og hæmmende for læring.

Det er vigtigt, at den enkelte lærer/pædagog, team/stue og skole/dagtilbud anvender evaluering til at blive klogere på forholdet mellem kontekst, undervisning/pædagogik, læring og sundhed.

Følgende fem spørgsmål skal undersøges med henblik på at blive klogere:

- Hvilken indsats er der foretaget, dvs. hvordan er der konkret blevet undervist i sundhed/hvilke konkrete sundhedspædagogiske aktiviteter, og hvad er graden af målopfyldelse?
- Hvad er elevernes/børnenes læringsudbytte, og hvad er graden af målopfyldelse?
- Kan det sandsynliggøres, at der er en sammenhæng mellem den indsats, som er ydet og de læringsresultater, der er udbyttet?
- Hvordan påvirker elevernes/børnenes læring om sundhed den faktiske sundhed?
- Hvilken betydning spiller den konkrete kontekst for undervisning/pædagogik og læring?

En faglig kvalificeret og kvalificerende dialog bør dels dokumentere resultater, dels sikre en fortløbende kvalitetsudvikling, dels udvikle viden om *hvad* god undervisning i sundhed/sundhedspædagogik er, *hvordan* elever/børn lærer bedst muligt om sundhed, *hvordan* skabe en kontekst, som er fremmende for såvel god

sundhedsundervisning/sundhedspædagogik som elevernes/børnenes læring om sundhed samt monitorering af hvordan denne læring påvirker elevens/børns faktiske sundhed.

6.1 Genstandsfelt 1: Kompetencer

Betingelsen for, at skolen kan levere en undervisning om sundhed som bidrager til elevernes læring om sundhed og betingelsen for at daginstitutionen kan levere en sundhedspædagogik, som bidrager til børnenes læring om sundhed er at skolen/daginstitutionen, teamet og den enkelte lærer/pædagog selv er kompetent.

Kriteriet for kvalitet i sundhedsundervisningen/sundhedspædagogikken er, at læreren/pædagogen, teamet og skolen/daginstitutionen mestrer faglige, didaktiske og pædagogiske kompetencer.

De faglige kompetencer handler om overblik og indsigt. Tegn på overblik og indsigt er f.eks.:

- Viden om sundhed og sundhedsmæssige risici.
- Indsigt i årsagssammenhænge, som relaterer sig til såvel levevilkårs- som livsstilsfaktorerens betydning for sundheden.
- Kundskab om strategier til at fremme sundhed.
- Viden om løsningsmuligheder i forhold til at forebygge sygdom og til at fremme sundheden.

De didaktiske kompetencer handler om, at læreren skal kunne arbejde med sundhed i forskellige undervisningssammenhænge, og at pædagogen skal kunne arbejde med sundhed i forskellige pædagogiske sammenhænge. Tegnene på dette er, at kunne vælge og begrunde indhold og mål for undervisning i sundhed/sundhedspædagogik i følgende sammenhænge:

- Sundhed som selvstændigt fag (sundhedsundervisningen)/sundhed som selvstændige pædagogiske tilbud og aktiviteter i daginstitutionen.
- Sundhed som en integreret del af undervisningen i skolens øvrige fag og tværgående emner og problemstillinger/sundhed som en integreret del af daginstitutionens øvrige pædagogiske aktiviteter.

De pædagogiske kompetencer handler for det første om, at kunne anvende forskellige metoder i undervisningen i sundhed/sundhedspædagogikken. Tegnene herpå er, at læreren kan tilrettelægge og gennemføre en undervisning i sundhed og at pædagogen kan tilrettelægge og gennemføre en sundhedspædagogik, så:

- Elever/børn bliver aktive og medbestemmende i forhold til at undersøge spørgsmål af betydning for sundhed.
- Elever/børn bidrager til at udvikle visioner for at fremme sundheden.
- Elever/børn tager initiativ til handlinger, som tilgodeser, at sundhed styrkes i såvel den enkelte klasse/stue og den enkelte skole/daginstitution.

For det andet handler pædagogisk kompetence om, at læreren/pædagogen skal kunne gå i dialog med børnene om sundhedens betydning og kunne kvalificere denne dialog.

Hvad der er væsentligt i forhold til bevægelse og bevægelsesmuligheder kan variere afhængig af om der anvendes et børneperspektiv eller voksenperspektiv. Tegn på at mestre denne kompetence er:

- At læreren/pædagogen kan redegøre og argumentere for betydningen af sundhed i et voksenperspektiv.
- At læreren/pædagogen kan understøtte og kvalificere elever/børns evne til, at redegøre for betydningen af sundhed i et børneperspektiv.
- At læreren/pædagogen kan lede samtaler med eleverne/børnene således, at de to perspektiver på betydningen af sundhed gensidigt befrugter og udfordrer hinanden.

Hvordan evaluere kompetencer?

Nedenstående redegøres for fire værktøjer, som kan anvendes i forhold til at evaluere kompetencer. De fire værktøjer er: Individuel refleksion, kollegial feed-back, observation og teamdialog.

Refleksion

Læreren/pædagogen kan reflektere over sin egen individuelle kompetenceprofil. Læreren/pædagogen tager udgangspunkt i de faglige, didaktiske og pædagogiske tegn og reflekterer over egne stærke og svage sider i forhold hertil. Dette gøres mest systematisk skriftligt.

Eksempel på individuel refleksion:

Man tager to stykke papirer. Det ene stykke papir forbeholdes styrkesiderne, det andet stykke papir forbeholdes de svage sider. Refleksionen relateres til de formulerede tegn og tager udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvilke tegn er jeg god til at håndtere i praksis?
- Hvilke tegn er jeg mindre god til at håndtere i praksis?
- Hvorfor mon det forholder sig på disse måder?
- Hvordan udvikler jeg mine kompetencer?

Kollegial feed-back

Hovedbegrundelsen for dette værktøj er, at få kvalificeret og nuanceret den individuelle selvforståelse samt at få anlagt andre perspektiver på ens kompetencer og selvforståelse.

Kolleger kan give hinanden gensidig feed-back på vurderingen af den enkelte lærers/pædagogs kompetencer.

Forberedelsen til en professionel samtale er, at deltagerne har foretaget en individuel refleksion over egne kompetencer, samt reflekteret over sin kollegas kompetencer.

Eksempel på kollegial feed-back baseret på samtale mellem to kolleger:

- Kollega A redegør for sin refleksion over egne kompetencer.
- Kollega B giver feed-back i form af sine refleksioner over kollega A's kompetencer.
- Fælles samtale om forskelle og ligheder i vurderinger, samt om hvorfor der er forskelle og ligheder i vurderingerne.
- Kollega B redegør for sin refleksion over egne kompetencer.
- Kollega A giver feed-back i form af sine refleksioner over kollega B's kompetencer.
- Fælles samtale om forskelle og ligheder i vurderinger, samt om hvorfor der er forskelle og ligheder i vurderingerne.
- Fælles samtale om hvordan vi kan udvikle vores kompetencer.

Observation

Hovedbegrundelsen for dette værktøj er, at basere den professionelle dialog på observation af lærer-/pædagogkompetencer i praksis. En observation består af en observatør og en observant. Observatøren kan være en kollega eller leder. Observationen skal foregå i en undervisningssituation/pædagogisk planlagt situation. Observationen skal være rent beskrivende.

Eksempel på observation:

Observant og observatør aftaler på forhånd, hvilke tegn observationen skal fokusere på. Fokus kunne være tegnet "At kunne understøtte og kvalificere elevernes/børnenes evne til at redegøre for betydningen af sundhed".

Observationen fokuserer på det, læreren/pædagogen siger og gør for at opfylde ovenstående tegn samt elevernes/børnenes reaktioner herpå.

Observatøren noterer sine iagttagelser. Efterfølgende mødes observant og observatør. Samtalen struktureres på følgende måde:

- Observatøren redegør for sine iagttagelser vedrørende lærerens/pædagogens ageren og elevernes/børnenes ageren.
- Observanden stiller opklarende spørgsmål.
- Observant og observatør foretager en fælles analyse af om lærerens/pædagogens ageren var en fremmede faktor for elevernes/børnenes evne til at redegøre for betydningen af sundhed.
- Observant og observatør diskuterer, hvordan observanden kan udvikle sin praksis med henblik på at understøtte og kvalificere elevernes/børnenes evne til at redegøre for betydningen af sundhed.

Teamdialog

I en teamdialog kan der sættes fokus på teamets kompetencer. Formålet med dette evalueringsværktøj er dels at vurdere teamets eksisterende kompetenceprofil, dels at analysere denne profil med henblik på at skabe et fælles beslutnings- og handlegrundlag for kompetenceudvikling.

Eksempler på spørgsmål, som bør indgå i teamdialogen:

- Hvilke tegn er vi gode til at håndtere i praksis?
- Hvilke tegn er vi mindre gode til at håndtere i praksis?
- Hvorfor mon det forholder sig på disse måder?
- Hvilke kompetencer skal vi udvikle og hvorfor?
- Hvordan udvikler vi vores kompetencer?

6.2 Genstandsfelt 2: Undervisning i sundhed/sundhedspædagogik

Undervisning i sundhed i skolen er dels et anliggende for sundhedsundervisningen, dels et anliggende for skolens undervisning i tværgående emner og problemstillinger. "Fælles Mål" for sundhedsundervisning, familiekundskab og seksualundervisning stiller krav om at skolens sundhedsundervisning skal baseres på et positivt og bredt sundhedsbegreb. Mange kommunale sundhedspolitikker baserer sig på WHO's sundhedsbegreb, som definerer sundhed som "ikke kun et spørgsmål om fravær af sygdom og svaghed, men også total fysisk, psykisk og social velvære".

Derfor er det også meningssskabende, relevant og nyttigt at basere såvel skolens undervisning som sundhedspædagogiske arbejde i dagtilbuddene på et positivt og bredt sundhedsbegreb.

Tegnet på om undervisning i sundhed/sundhedspædagogik bygger på et positivt sundhedsbegreb er, om undervisningen/dialogen med børnene både beskæftiger sig med sundhed som sygdomsforebyggelse og sundhed som psykisk, fysisk og social velvære.

Eksempel: Undervisning i bevægelse/dialog med børn om betydningen af bevægelse kan ikke reduceres til at beskæftige sig med den fysiologiske værdi af bevægelse og fysisk inaktivitet som sygdomsrisiko. Undervisningen/dialogen skal også beskæftige sig med individuelle præferencer, glæde ved bevægelse og bevægelsens betydning for sociale fællesskaber.

Tegnet på om undervisning i bevægelse bygger på et bredt sundhedsbegreb er om, undervisningen beskæftiger sig både med livsstil- og levevilkårsfaktorerens betydning for sundhed.

Eksempel: Undervisning i bevægelse skal også beskæftige sig med levevilkår og levevilkårenes betydning for hvad, hvordan, hvornår og sammen med hvem, man bevæger sig. Undervisningen skal derfor også beskæftige sig med rammernes betydning for bevægelse, med kulturforskelle i forhold til bevægelse, med social-økonomisk forholds betydning osv.

Evaluering af undervisning i sundhed skal derfor tage udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Har læreren undervist i de sygdomsforebyggende aspekter i sundhedsbegrebet?
- Har læreren undervist i de velværefremmende aspekter i sundhedsbegrebet?
- Har læreren undervist i livsstilens betydning for sundheden?
- Har læreren undervist i levevilkårenes betydning for sundheden?

Disse fire spørgsmål danner udgangspunkt for evalueringen af om undervisningen i sundhed bygger på det positive og brede sundhedsbegreb.

Evaluering sundhedspædagogiske aktiviteter i dagtilbuddene skal tage udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Har pædagogen samtalt med børnene om de sygdomsforebyggende aspekter i sundhed?
- Har pædagogen samtalt med børnene om de velværefremmende aspekter i sundhed?

Disse to spørgsmål danner udgangspunkt for evalueringen af om pædagogens samtaler med børnene om sundhed bygger på det positive sundhedsbegreb.

Formålet med skolens undervisning i sundhed/daginstitutionens sundhedspædagogik er at disse indsatser skal bidrage til elevernes/børnenes læring. For at fremme dette mål kan undervisningen og sundhedspædagogikken med fordel tilrettelægges således, at sundhed bliver belyst ud fra tre faglige synsvinkler: 1/Undersøgelse af årsager og betydning, 2/Udvikling af visioner og alternativer, 3/Handling og forandring.

Tegn på at undervisning i sundhed/samtaler med børn om sundhed beskæftiger sig med undersøgelse af årsager og betydning er flg.:

- Samtale om, hvorfor sundhed er vigtig.
- Samtale om, hvilken betydning sundhed har for en selv og andre.
- Samtale om, hvilken betydning sundhed har i dag og i fremtiden.

I skolen kan der suppleres med følgende:

- Undersøgelse og diskussion om, hvordan livsstil og levevilkår påvirker sundheden.
- Undersøgelse og diskussion af, hvilke påvirkninger man udsættes for og hvorfor.
- Undersøgelse og diskussion af, hvilke personlige og institutionelle interesser der er på spil.
- Undersøgelse og diskussion af, hvordan det var med sundheden før i tiden, og hvorfor det har udviklet sig som det har.

Tegn på at undervisning i sundhed/samtaler med børn om sundhed beskæftiger sig med visioner og alternativer er flg.:

- Samtaler om visioner for sundheden.
- Samtale om hvilke alternativer der er at foretrække og hvorfor.

I skolen kan der suppleres med:

- Undersøgelse af sundhed i andre lande og kulturer.

Tegn på at undervisning i sundhed/samtaler med børnene om sundhed skaber rum for handling og forandring er flg.:

- Samtaler om hvilke forandringer der kan sættes i værk for at nærme sig visionerne.
- Samtale om hvilke handlemuligheder der foreligger.
- Samtale og beslutning om hvilke handlinger der skal iværksættes.

I skolen kan der suppleres med:

- Diskussion om, hvem og hvad forandringerne vedrører (en selv, klassen, skolen, familien, samfundet osv.)
- Undersøgelse og diskussion af, hvilke barrierer, der er for at opnå forandringer.
- Diskussion og beslutning om, hvordan der skal evalueres på handlinger.
- Diskussion af, hvilke nye problemstillinger der er dukket op.

Ovenstående tegn danner udgangspunkt for evalueringen af i hvilket omfang og hvordan de tre faglige synsvinkler anvendes i undervisning i sundhed/samtaler med børn om sundhed.

Hvordan evaluere undervisning i sundhed/samtaler med børn om sundhed?

Værktøjer til evaluering af om undervisningen i sundhed bygger på et positivt og bredt sundhedsbegreb, samt bringer de tre faglige synsvinkler i spil og værktøjer til evaluering af om samtaler med børn om sundhed bygger på et positivt sundhedsbegreb samt bringer de tre faglige synsvinkler i spil er individuel refleksion, teamdialog og dialog med elever/børn.

Individuel refleksion

Begrundelsen for at anvende dette værktøj systematisk er at kvalificere lærerens planlægning, gennemførelse og evaluering af undervisning i sundhed/pædagogens samtaler med børnene om sundhed.

Det er vigtigt, at læreren formulerer mål for undervisningen i sundhed samt mål for elevernes læring om sundhed, og at disse målsætninger lever op til kravene i "Fælles Mål".

Det er vigtigt at pædagogen formulerer mål for samtaler med børnene samt mål for, hvad børnene skal lære og at disse målsætninger lever op til kravene i de pædagogiske læreplaner.

Ud fra de formulerede målsætninger planlægges hvilke aktiviteter, der skal iværksættes, for at opfylde målsætningerne.

Læreren/pædagogen kan løbende foretage en selv-evaluering af om de planlagte aktiviteter er gennemført, i hvilken grad målene er opfyldt og om der er behov for justeringer af målsætninger, aktiviteter og arbejdsprocesser.

De spørgsmål som læreren/pædagogen skal evaluere ud fra er følgende:

1. I hvilken grad er målene blevet opnået?
2. I hvilken grad kan jeg se, høre og fornemme at tegnene er blevet indfriet?
3. En analyse af hvorfor målene er opnået/ikke opnået og tegnene indfriet/ikke indfriet?
4. Hvilke konsekvenser skal analysen have for den fremtidige undervisning i bevægelse/samtaler med børnene om bevægelse?

Teamdialog

Begrundelsen for at anvende dette værktøj er at kvalificere lærerteamets planlægning, gennemførelse og evaluering af undervisning i sundhed i forskellige sammenhænge og at kvalificere pædagogteamets planlægning, gennemførelse og evaluering af samtaler med børn om sundhed.

I lærerteamet foretages en overordnet planlægning af skoleåret med udgangspunkt i at den enkelte lærer præsenterer og begrundet sine planer vedrørende indhold, undervisnings- og læringsmål i de fag, som læreren har ansvaret for. Disse planer skal relateres til Fælles Mål for de pågældende fag.

Lærerteamet drøfter følgende spørgsmål:

1. Hvilke elementer i planlægning af undervisningen i de forskellige fag kan spille sammen med undervisning i sundhed?
2. Hvilke fælles mål har vi for undervisning i sundhed og for elevernes læring om sundhed?
3. Hvordan arbejde med sundhed i forhold til tværfaglige emner og problemstillinger, og hvordan kan de forskellige fag bidrage funktionelt hertil?
4. Hvilke tegn skal vi fokusere på?
5. Hvordan arbejde med styrkelse af sundheden i skolens hverdag og undervisning?

I pædagogteamet foretages en overordnet planlægning med udgangspunkt i en udveksling af hvilke ideer den enkelte pædagog har til målsætninger for institutionens sundhedspædagogik og børnenes læring om sundhed. Disse målsætninger relateres til de pædagogiske læreplaner og udmøntes i en planlægning af hvilke aktiviteter der skal iværksættes for at opfylde målene.

Pædagogerne drøfter herefter følgende spørgsmål:

1. Hvilke mål har vi for sundhedspædagogikken i institutionen?
2. Hvilke mål har vi for børnenes læring om sundhed?
3. Hvilke tegn skal vi fokusere på?
4. Hvilke aktiviteter skal iværksættes for at opfylde målene?
5. Hvordan arbejde med styrkelse af sundheden i institutionens hverdag og pædagogiske aktiviteter?

Såvel lærer- som pædagogteamet bør fortløbende foretage en selv-evaluering af om de planlagte aktiviteter er gennemført, om målene er opfyldt, om der er behov for justeringer i

indhold, mål, arbejdsprocesser osv. Denne selvevaluering bør tage udgangspunkt i følgende fire spørgsmål:

1. I hvilken grad er målene blevet opfyldt?
2. I hvilken grad kan vi se, høre og fornemme at tegnene er blevet indfriet?
3. En analyse af hvorfor målene er opfyldt/ikke opfyldt, hvorfor tegnene er indfriet/ikke indfriet?
4. Hvilke konsekvenser skal analysen have for den fremtidige undervisning i sundhed/sundhedspædagogik?

Klassedialog/gruppedialog

Begrundelsen for at involvere elever/børn i dialoger om planlægning og evaluering er faglig, etisk, demokratisk og læringsmæssig.

Den faglige begrundelse er, at elever/børn repræsenterer en ressource, som kan levere fagligt kvalificerede input til planlægning af undervisning i sundhed/sundhedspædagogik.

Den etiske begrundelse er, at det er rimeligt, at elever/børn som minimum har kendskab til, hvad der skal foregå og hvorfor, samt hvilke mål der skal nås.

Den demokratiske begrundelse handler om at skolen/daginstitutionen har en dannende opgave, hvorfor det er vigtigt at elever/børn er medbestemmende.

Den læringsmæssige begrundelse handler om, at medbestemmelse på indhold, mål og aktiviteter øger elever/børns engagement og læringsudbytte.

Hvordan eleverne konkret inddrages i lærerens og teamets planlægning, gennemførelse og evaluering af undervisning i sundhed og hvordan børn inddrages i pædagogens og pædagogteamets planlægning, gennemførelse og evaluering af sundhedspædagogik kan have følgende niveauer:

- Eleverne/børnene informeres. Det kan være information om målsætninger, information om aktiviteter og begrundelser herfor.
- Elever/børn tages med på råd. Det kan f.eks. være at lærerteamet indhenter elevernes ideer til indhold, mål og aktiviteter vedrørende undervisning i sundhed. Det kan evt. være pædagogerne, der får børnene til at brainstorme om ideer til styrkelse af sundheden.
- Eleverne er medbestemmende om indhold, mål og aktiviteter vedrørende undervisning i sundhed og styrkelse af sundheden i skolens undervisning og hverdag. Desuden tager eleverne aktivt del i evalueringen. Følgende spørgsmål er relevante for evalueringen:
 - I hvilken grad er målene blevet opfyldt?
 - I hvilken grad kan vi se, høre og fornemme at tegnene er blevet indfriet?
 - Hvorfor er målene blevet opfyldt/ikke opfyldt og hvorfor er tegnene blevet indfriet/ikke indfriet?
 - Hvilke konsekvenser skal ovenstående analyse have for den fremtidige undervisning i bevægelse?

6.3 Genstandsfelt 3: Elevers/børns læring

Skolens undervisning skal resultere i, at eleverne tilegner sig kundskaber og færdigheder, samt udvikler alsidige, personlige kompetencer. (Læringsmål)

Daginstitutionens pædagogik skal resultere i, at børnene tilegner sig viden og færdigheder, samt udvikler personlige, alsidige kompetencer. (Læringsmål)

Disse kompetencer kan udtrykkes i begrebet handlekompetence, som rummer følgende fire elementer:

- Viden og indsigt
- Engagement
- Visioner
- Handleerfaringer

Et netværk af skoler har formuleret følgende kriterier for handlekompetence:

- At man har viden om og indsigt i sundhedsmæssige emner og problemstillinger.
- At man kan argumentere for sine valg og handlinger.
- At man deltager i beslutninger.
- At man har lyst og vilje til at forandre forhold.
- At man undersøger og overvejer alternativer.
- At man handler målrettet mod løsning af problemer.
- At handlinger er sundhedsfremmende.
- At handlinger er etisk legitime dvs. ikke forvolder skade.

Tegn på ovenstående kriterier i forhold til bevægelse i daginstitution og skole kan være:

- Eleven/barnet demonstrerer i samtaler, at hun ved noget om betydningen af sundhed.
- Eleven/barnet kan begrunde sine valg.
- Eleven/barnet inddrager sin viden om sundhed i samtaler med andre.
- Eleven/barnet tager selv initiativ til sundhedsfremmende handlinger.

Yderligere tegn på kriterier i forhold til sundhed i skolen kan være:

- Eleven demonstrerer en forståelse af sundhed set i lyset af det positive og brede sundhedsbegreb.
- Eleven er aktivt opsøgende i forhold til at søge viden om sundhed og søge råd og vejledning om sundhed.
- Eleven kan formulere visioner og mål for en ønskværdig fremtid.
- Eleven kan definere problemstillinger i forhold til sundhed og udvikle løsningsforslag.
- Eleven undersøger alternativer til eksisterende problemdefinitioner og –løsninger.

Ovenstående tegn danner udgangspunktet for evalueringen af elevernes/børnenes læringsudbytte vedrørende sundhed.

Hvordan evaluere elevers/børns læringsudbytte?

Værktøjer til evaluering af om elever/børn udvikler handlekompetence er refleksion, observation og dialog.

Praksiseksempel fra skolen:

På en skole havde et lærerteam i forbindelse med et tværfagligt forløb om bevægelse besluttet sig for, at sætte fokus på tegnet, at eleverne kan argumentere for deres valg og fravalg af fysisk aktivitet. Teamet informerede klassen om, at ovenstående var et mål for, hvad eleverne skulle lære i det tværfaglige forløb.

Eleverne blev bedt om at notere hvilke fysiske aktiviteter de deltager i og foretage en individuel *refleksion* over deres egne kompetencer i forhold til at argumentere for deres valg og fravalg af fysisk aktivitet. Eleven noterede sine egne refleksioner ned.

Spørgsmålene til elevernes individuelle refleksioner var:

- Hvilke fysiske aktiviteter deltager jeg i og hvorfor?
- Hvilke fysiske aktiviteter deltager jeg bevidst ikke i og hvorfor?
- Er der bestemte valg og fravalg af fysisk aktivitet jeg er særlig god til at argumentere for?
- Er der bestemte valg og fravalg af fysisk aktivitet, jeg har svært ved at argumentere for?
- Hvad vil jeg gerne blive bedre til at argumentere for?

Eleverne udvekslede efterfølgende de individuelle refleksioner i mindre grupper. Grupperne præsenterede efterfølgende deres proces for klassen som helhed, og i en *dialog* mellem lærer og elever, blev der formuleret fælles læringsmål samt drøftet hvordan målene bedst kunne nås.

De fælles læringsmål samt beslutninger om, hvilke aktiviteter der skulle iværksættes for at nå målene blev noteret ned på vægaviser og hængt op i klassen.

Lærerne tilgodeså i undervisningen, at arbejde målrettet med at støtte og udfordre eleverne i deres argumentationsevne. Der blev foretaget en løbende evaluering i forhold til, hvad der var planlagt.

Der foregik en løbende *dialog* mellem elever og lærere om:

- Går det i den rigtige retning?
- Bliver vi bedre til at argumenterer for vores valg og fravalg af fysisk aktivitet?
- Skal vi justere på mål, indhold og aktiviteter?

Da det tværfaglige forløb i bevægelse skulle afsluttes blev der foretaget en evaluering af i hvilken grad læringsmålet, om at blive bedre til at argumentere for valg og fravalg af fysisk aktivitet var nået.

Den enkelte elev foretog først en selvevaluering med udgangspunkt i de refleksioner, som eleven havde noteret i starten af undervisningsforløbet. Spørgsmålene til selvevalueringen var:

- Er jeg blevet bedre til at argumentere for det jeg var god til at argumentere for? Hvordan viser det sig?
- Er jeg blevet bedre til at argumentere for det jeg synes var svært? Hvordan viser det sig?

Dernæst var der *klassedialog* om i hvilken grad de opstillede læringsmål var nået; fælles analyse af hvorfor og hvorfor ikke samt samtale om hvilke konsekvenser, det skulle have for det fremtidige arbejde i klassen.

Praksiseksempel fra daginstitution:

I en daginstitution havde det pædagogiske personale besluttet at opprioritere arbejdet med bevægelse. Inden personalet besluttede sig for hvilke aktiviteter der skulle iværksættes, formulerede de hvilke mål, der skulle nås.

Personalet formulerede to læringsmål for arbejdet:

1. At børnene skulle tilegne sig viden om hvilken betydning bevægelse har.
2. At børnenes lyst til bevægelse bliver øget.

Dernæst formulerede personalet, hvilke tegn der var relevante at fokusere på i forhold til målsætningerne.

Eksempler på tegn på at børnene har tilegnet sig viden om hvilken betydning bevægelse har:

- At børnene kan beskrive hvilke former for fysisk aktivitet de deltager i.
- At børnene kan beskrive hvilke former for fysisk aktivitet, de kan lide, og hvilke former de ikke bryder sig om.
- At børnene kan udtrykke ønsker til fysiske aktiviteter og forklare hvorfor.

Eksempler på tegn på at børn har lyst til bevægelse:

- At børnene deltager aktivt i de fysiske aktiviteter som pædagogerne iværksætter.
- At børnene udstråler glæde under fysisk aktivitet.
- At børnene formulerer sig om glæden ved fysisk aktivitet.
- At børnene tager initiativ til fysiske aktiviteter under fri leg.

Efter at målsætninger og tegn var formulerede planlagde det pædagogiske personale, hvilke aktiviteter der skulle iværksættes for at opfylde målene.

Der blev planlagt to typer af aktiviteter:

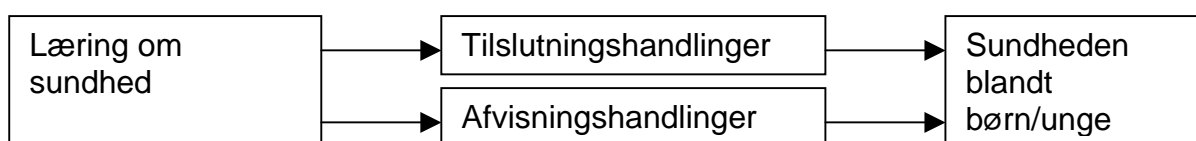
1. Samtaler med børnene. Det blev besluttet, at personalet under spising med børnene skulle samtale med børnene om, hvilke fysiske aktiviteter de deltager i, hvad de kan lide og ikke lide, hvad de kunne tænke sig, om de oplever glæde ved bevægelse osv.
2. Pædagogiske aktiviteter med børnene. Desuden blev der besluttet, hvilke pædagogiske aktiviteter med fysisk aktivitet der skulle iværksættes, hvem der havde ansvaret herfor, og hvornår det skulle foregå.

Endeligt besluttede personalet at foretage en fortløbende evaluering af, om målene blev nået. Følgende værktøjer blev taget i anvendelse:

- Observation af børnene. Denne observation foretages af pædagogerne, som under planlagte aktiviteter kan se, om børnene deltager, om børnene har lyst til at deltage, og om børnene via deres mimik udtrykker glæde ved deltagelse. Under den frie leg observerer pædagogerne om den pædagogiske indsats har en effekt i forhold til hvor meget børnene bevæger sig, og hvilken glæde de udtrykker herved.
- Dialog med børnene. Pædagogerne samtaler med børnene om, hvad de kan lide og ikke lide ved de planlagte aktiviteter, om de oplever glæde ved bevægelse osv.
- Dialog med forældrene. Pædagogerne samtaler i den **daglige** kontakt med forældrene om, hvordan forældrene vurderer deres barn har det med de planlagte aktiviteter og forældrenes vurdering af deres barns glæde ved bevægelse.

6.4 Genstandsfelt 4: Børns/skoleelevers sundhed

Læring om sundhed påvirker barnets/elevens handlekraft til gøre noget ved sundheden. Hvordan denne læring konkret udmøntes i handlinger, og hvorledes disse handlinger påvirker sundheden er et empirisk spørgsmål, hvilket fremgår af nedenstående kausale model:



Som modellen viser kan læring om sundhed resultere i to udfald: Tilslutningshandlinger og afvisningshandlinger.

Dette betyder, at læring om sundhed kan påvirke sundheden positivt, men ikke nødvendigvis gør det.

Den centrale indikator for om læring om sundhed resulterer i sundhed er, at det handlende individ foretager en tilslutningshandling.

Der foreligger dokumentation som indikerer, at der er en positiv samvariation mellem læring om sundhed og sundhed. I et sammenlignende studium mellem sønderjyske skoler, som deltog i et årelangt projekt om at blive sundhedsfremmende skoler, og sønderjyske skoler, som ikke deltog i det pågældende projekt, viste resultaterne bl.a., at eleverne trivedes bedre og drak mindre alkohol på de skoler, som deltog i projektet.

Hvordan evaluere børns/skoleelevers sundhed?

Der er tre relevante værktøjer: Monitorering, observation og dialog.

Monitorering

Dagtilbuddets kerneopgave er pædagogik og læring, og skolens kerneopgave er undervisning og læring.

Men derudover har såvel dagtilbud som skole også en omsorgsopgave.

Det er en professionel forpligtelse, at monitorere om børn/elever trives eller mistrives i såvel skole/dagtilbud som familien og i tilfælde af mistrivsel at intervenere.

Interventionen kan afhængig af problemtype variere:

- I tilfælde af forældres omsorgssvigt skal dagtilbud/skole foretage indberetninger til de sociale myndigheder.
- I tilfælde af at barnet/skoleeleven ikke lever op til skolens/dagtilbuddets forventninger vedrørende opførsel, udhvilethed, en ordentlig madpakke m.m. skal skolen/dagtilbuddet påtale dette over for forældrene.
- I tilfælde af problematiske relationer i børnegrupper/klasser, er det en forpligtelse for pædagoger og lærere at sørge for, at disse problemer bliver løst i dagtilbuddet/skolen. Problematiske relationer kan f.eks. være mobning, intriger og konfliktyldt.

Monitorering har også fokus på, hvordan børn/elevs sundhedstilstand udvikler sig over tid.

Ved denne form for monitorering, er det nødvendigt, at foretage fortløbende undersøgelser i forhold til de samme parametre, for at kunne besvare spørgsmålet om, hvordan sundhedstilstanden blandt børn/elever udvikler sig.

Statistiske opgørelse, lokale undersøgelser på skolen/i dagtilbuddet, HBSC-undersøgelser m.v. giver data til monitoreringen.

Observation og dialog

Observation handler om, at pædagogen/læreren kan iagttage børns/elevs sundhed i hverdagen i dagtilbuddet/på skolen.

Observationer har et dobbelt blik.

For det første et blik på det enkelte barns/den enkelte skoleelevs fysiske, psykiske og sociale trivsel.

For det andet et blik på klassens/stuens bevægelses-, mad- og trivselskultur⁷.

Dialog handler om at pædagog/lærer dels indbyrdes skal samtale om børn/elevs sundhed, dels skal inddrage børn/elever i meningsskabende samtaler om deres sundhed, dels skal gøre børns/elevs sundhed til et fælles anliggende i samarbejdet mellem dagtilbud/skole og forældrene.

⁷ Med kultur menes: Hvem gør hvad, sammen med hvem, hvordan og hvornår og hvilken betydning tillægges det?

Centrale samtale spørgsmål er:

- Hvordan er status for barnets/elevens fysiske, psykiske og sociale trivsel?
- Hvad er status for klassens/stuens bevægelses-, mad- og trivselskultur?
- Hvad i ovenstående er værdifuldt og hvad er problematisk?
- Hvordan styrker vi det værdifulde og løser det problematiske?
- Hvilke målsætninger har vi og hvordan efterlever vi disse mål?
- Hvordan vil vi kunne måle henholdsvis se, høre og fornemme, at vi nærmer os målene?
- Hvilke konkrete handlinger sætter vi i værk?

6.5 Genstandsfelt 5: Konteksten

Fra forskellige undersøgelser ved vi, at konteksten spiller en rolle for, hvordan den konkrete praksis i skole og dagtilbud udfolder sig. Konteksten kan således være en fremmede faktor for ønskværdige værdier, mål, principper og handlinger; men konteksten kan også være en hæmmende faktor.

Evaluering af Fælles Mål i folkeskolen samt evaluering af Fælles Mål i idræt peger på lærerkompetencer, skolens didaktiske kultur, skolens samarbejdskultur samt ledelse som centrale kontekstuelle faktorer.

Lærer- og pædagogkompetencer er beskrevet under genstandsfelt 1, hvorfor der i dette afsnit fokuseres på den didaktiske/pædagogiske kultur, samarbejdskultur og ledelse samt på det fysiske miljø.

Desuden ved vi, at dagtilbuddets/skolens fysiske og psyko-soziale miljø repræsenterer væsentlige kontekstuelle faktorer, samt at det kan gøre en væsentlig forskel, om dagtilbuddet/skolen har en forpligtende sundhedspolitik.

Den didaktiske/pædagogiske kultur

En fremmede faktor for et systematisk og kvalificeret arbejde med sundhed i skole og dagtilbud er en didaktisk/pædagogisk kultur, som har fokus på målsætninger.

I skolen er det afgørende at lærerens beslutninger, planlægning, gennemførelse og evaluering af undervisning i sundhed tager udgangspunkt i Fælles Mål for skolens fag. Målformuleringerne i Fælles Mål er formuleret i brede vendinger, hvorfor det er nødvendigt at målene bliver fortolket og konkretiseret. Det er desuden nødvendigt at skelne mellem mål for undervisningen og mål for elevernes læring samt at formulere tegn for målene. Den samme skelnen har relevans for daginstitutionen: At kunne formulere mål for de pædagogiske aktiviteter, mål for børnenes læring samt tegn for målene.

Evaluering i forhold til mål og tegn giver mulighed for at undersøge graden af målopfyldelse og bidrager til udvikling af en evalueringspraksis, som har fokus på mål og resultater i stedet for fokus på subjektive "synsninger". Dette giver også anledning til at inddrage eleverne/børnene – ikke blot ved at disse giver inputs til undervisningsaktiviteter/sundhedspædagogiske aktiviteter, men også til at samtale med børnene/eleverne om, hvad målet med undervisningen/den pædagogiske aktivitet er, og til at samtale med eleverne/børnene om målene for deres læring.

Samarbejdskulturen

En fremmende faktor for et systematisk og kvalificeret arbejde med sundhed i skole og dagtilbud er kvaliteten af det kollegiale samarbejde både i forhold til den overordnede planlægning og i forhold til den konkrete beslutning, planlægning, gennemførelse og evaluering af undervisning i sundhed/sundhedspædagogik.

Såvel lærerteamet som pædagoggruppen er et vigtigt forum for den professionelle dialog om såvel den overordnede planlægning som konkrete undervisningsforløb/pædagogiske aktiviteter.

Lærerteamet er et forum, som skal have fokus på fortolkning og konkretisering af Fælles Mål i skolen og fokus på formulering af såvel mål med undervisningen som mål for elevernes læring.

Pædagoggruppen er et forum, som skal have fokus på, at formulere mål for de pædagogiske aktiviteter og mål for børnenes læring.

Målsætninger er centrale i forhold til konkrete forløb om sundhed, idet aktiviteterne bestemmes ud fra om de bidrager til at opfylde målene og evalueringen sætter fokus på, i hvilken grad aktiviteterne har bidraget til opfyldelse af målene.

En anden fremmende faktor for et systematisk og kvalificeret arbejde med sundhed i skole og dagtilbud er kvaliteten af samarbejdet mellem børn/elever og pædagog/lærer samt samarbejdet mellem pædagog/lærer og forældre.

Dette samarbejde bør baseres på tillid og ligeværdighed.

Dette samarbejde er begrundet i etiske, demokratiske, læringsmæssige og effektmæssige forhold.

Den etiske begrundelse handler om retten til at blive hørt, og retten til at beslutte og forme eget liv.

Den demokratiske begrundelse handler om retten til uenighed, men også forpligtelsen til at finde fælles løsninger.

Den læringsmæssige begrundelse handler om, at børnenes/elevernes læringsudbytte forøges, når alle parter bidrager hertil.

Den effektmæssige begrundelse handler om, at børn/skoleelevers sundhed og trivsel øges, når alle parter bidrager til denne opgave.

Ledelse

Ledelsen spiller en central rolle for arbejdet med sundhed i skole og dagtilbud.

For det første skal ledelsen være dagsordenssættende således at sundhedsundervisning/sundhedspædagogik og læring om sundhed er et omdrejningspunkt for samarbejde, samtaler og beslutninger i alle relevante fora. Dette indebærer bl.a. at ledelsen sætter sundhed på dagsordenen i bestyrelsen, og at sundhed forankres i skolens/dagtilbuddets værdier og mål.

Det indebærer også at sundhed sættes på dagsordenen til pædagogiske rådsmøder/personalemøder, afdelingsmøder, teamsamtaler og individuelle samtaler med lærerne/pædagogerne.

For det andet skal ledelsen være understøttende i forhold til lærernes/pædagogernes arbejde med sundhed. Denne understøttende funktion er både af ressourcemæssig og pædagogisk karakter.

Den ressourcemæssige støtte handler bl.a. om at afsætte økonomiske midler til den nødvendige kompetenceudvikling af i form af f.eks. kurser og anden efteruddannelse samt at afsætte midler til indkøb af relevante redskaber, skabelse af sundhedsfremmende miljøer m.m.

Den pædagogiske støtte handler bl.a. om i teamsamtaler og individuelle samtaler mellem leder og medarbejder at kvalificere lærernes/pædagogerne arbejde med at formulere målsætninger og evaluere graden af målopfyldelse.

For det tredje skal ledelsen være bevidst om, at et professionelt arbejde med sundhed er en udviklingsproces, som kræver lærernes/pædagogernes aktive medvirken og medejerskab.

Dette skabes bl.a. via pædagogiske dage, hvor lærerne/pædagogerne får mulighed for at udveksle erfaringer om arbejdet med sundhed og ved at iværksætte udviklingsarbejder om sundhed.

Endeligt skabes der medejerskab ved at inddrage de ansatte i dialog og beslutninger vedrørende skolens/dagtilbuddets målsætninger for bevægelse og principper for at opfylde målsætningerne.

Det fysiske miljø

Endeligt spiller det fysiske miljø en central rolle for elever/børns sundhed.

Det fysiske miljø handler både om at etablere faciliteter inden- og uden døre, som giver børn/elever lyst til at bevæge sig, og om at regler og normer i dagtilbuddet/skolen kan være en hæmmende eller fremmende faktor for bevægelse.

Det fysiske miljø handler også om at skabe rammer for måltiderne i dagtilbuddet/skolen, som gør at måltidet indtages under en rolig og hyggelig atmosfære, samt at måltidet også styrker de sociale fællesskaber.

Endeligt handler det fysiske miljø om, at skabe rammer for, at den enkelte trives i såvel undervisningen/organiserede aktiviteter som frikvarterer/selvorganiserede aktiviteter, samt at der skabes rammer for, at venskaber kan etableres, fastholdes og videreudvikles.

Det psyko-sociale miljø

Det psyko-sociale miljø handler om den individuelle og sociale trivsel i dagtilbuddets/skolens formelle og uformelle fællesskaber.

I dagtilbuddet er det for det første en pædagogisk opgave at sørge for, at det enkelte barn trives på stuen/i gruppen og at fællesskabet på stuen/i gruppen trives samt at forebygge mistrivsel såvel hos det enkelte barn som fællesskabet på stuen/gruppen.

For det andet er det en pædagogisk opgave at observere, om det enkelte barn trives i de uformelle fællesskaber, og om de uformelle fællesskaber er karakteriseret af trivsel, samt at intervenere, hvis der er problemer.

I skolen er det tilsvarende en pædagogisk opgave at sørge for, at den enkelte elev trives i klassen/gruppen og at fællesskabet trives, samt at forebygge mistrivsel hos såvel den enkelte elev som klassen.

Desuden er det en pædagogisk opgave at observere, om den enkelte elev trives i de uformelle fællesskaber, og om de uformelle fællesskaber er karakteriseret af trivsel, samt at intervenere, hvis der er problemer.

Sundhedspolitik

En sundhedspolitik skal for det første tegne et billede af, hvilken sundhedsfremmende fremtid, skolen/dagtilbuddet ønsker.

Et sådant fremtidsbillede skaber pejlemærker for, hvordan sundheden fremmes i dagtilbuddet/skolen.

I et demokratisk fællesskab som dagtilbuddet/skolen står visioner til diskussion, hvorfor der skal argumenteres for vigtigheden og betydningen af besluttede visioner.

Via argumenter får man dels identificeret, hvad dagtilbuddet/skolen finder værdifuldt og hvorfor, dels skabt et kvalificeret grundlag for at formulere mål for, hvad skole/dagtilbud vil opnå.

En sundhedspolitik skal for det andet forholde sig til, hvilke sundhedsmæssige problemstillinger skolen/dagtilbuddet vil have løst, undersøge årsager og grunde til problemernes forekomst samt udarbejde løsninger på problemerne.

Løsninger handler om principper, retningslinier og handleforslag til imødegåelse, forebyggelse og løsning af sundhedsmæssige problemstillinger.

En sundhedspolitik skal for det tredje sikre, at der foregår en kobling mellem den formulerede sundhedspolitik og det liv, der leves i skolen/dagtilbuddet, samt at der foregår en kobling mellem sundhedspolitikken og skolens/dagtilbuddets opgaver.

Endeligt at sundhedspolitikken både forholder sig til dagtilbuddets/skolens opgaver og til rammefaktorer (det fysiske og psyko-soziale miljø).

Værdier, visioner, målsætninger, handleplaner og løbende evaluering er væsentlige komponenter i en sundhedspolitik.

Hvordan evaluere konteksten og dens betydning for arbejdet med sundhed?

Værktøjer til evaluering af kontekstens betydning er refleksion og dialog. Denne dialog bør være et samarbejdsanliggende mellem ledelse og lærere/pædagoger. De spørgsmål som bør indgå i dialogen er bl.a.:

- Hvad karakteriser den didaktiske/pædagogiske kultur og hvad er henholdsvis hæmmende og fremmende for det professionelle arbejde med sundhed?
- Hvad karakteriserer samarbejdskulturen og hvad er henholdsvis hæmmende og fremmende for det professionelle arbejde med sundhed?
- Hvad karakteriserer det fysiske miljø og hvad i det fysiske miljø er henholdsvis hæmmende og fremmende for det professionelle arbejde med sundhed og elevers/børns mulighed for at handle sundhedsfremmende?
- Hvordan kan ledelse og ansatte arbejde sammen om at forstærke de fremmende faktorer og overvinde de hæmmende faktorer?

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



ISBN 978-87-992584-1-3