



Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen:

UNDERSØGELSE AF TO
METODER ANVENDT I
SKOLESUNDHEDSPLEJEN

2009



Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen

Undersøgelse af to metoder
anvendt i skolesundhedsplejen

Forebyggelse og sundhedsfremme i skolen

Undersøgelse af to metoder anvendt i skolesundhedsplejen

Rapporten er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af antropolog Lene Teglhuis Kauffmann, Antropologisk Analyse, Københavns Universitet

Redaktion: Anna Paldam Folker, Annette Poulsen, Lotte Bælum. Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Skolesundhedspleje

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 10. august 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-967-3

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2009.

Forord

Denne rapport henvender sig til kommunale sundhedsplanlæggere, herunder de ledende sundhedsplejersker i landets kommuner. Sekundært henvender rapporten sig til de skolesundhedsplejersker, som i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for de forebyggende sundhedsydelser skal tilbyde sundhedspædagogiske aktiviteter til børn og unge gennem deres skoleforløb.

Metoderne ”Du bestemmer” og ”Aktive vurderinger” bliver anvendt i mange kommuner som en del af skolesundhedstjenestens tilbud til børn og unge. Antropologisk Analyse ved Københavns Universitet har på vegne af Sundhedsstyrelsen forestået en undersøgelse, som skal vise, hvor udbredte metoderne er, hvordan de bliver anvendt og skitsere ligheder og forskelle. Undersøgelsen er gennemført som led i Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelses arbejde med børn og unges sundhed.

Denne rapport præsenterer ud fra et antropologisk perspektiv, hvordan sundhedsplejens praksis udfolder sig, og hvilken betydning de to metoder kan have for børn, unge og til dels deres forældre. Undersøgelsen viser, hvordan de to metoder har betydning for sundhedsplejerskernes arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse i skolen, idet metoderne udfordrer sundhedsplejen som institution. Undersøgelsen beskriver desuden, hvordan de to metoder kan initiere en forandringsproces, der vil indebære nye måder at tænke skolesundhedstjenestens ydelser på.

Rapporten er redigeret af Sundhedsstyrelsen, men rapportens konklusioner og anbefalinger står Antropologisk Analyse for.

Sundhedsstyrelsen takker de sundhedsplejersker, børn og unge, som har medvirket i undersøgelsen for deres åbenhed, ærlighed og villighed til at lukke undersøgelsen ind i en travl hverdag.

*Else Smith
Centerchef
Center for Forebyggelse
September 2009*

Indhold

1	Introduktion. Baggrund, fokus og formål med undersøgelsen	5
2	Resume af undersøgelsens formål, resultater og konklusioner	7
2.1	Sundhedsplejens status og faglige baggrund	7
2.2	Udvalgte resultater fra undersøgelsen	8
2.3	Undersøgelsens konklusioner	9
3	Materiale og metode	10
4	Sundhedsplejens historiske og politiske kontekst	11
5	Metodernes udbredelse og anvendelse	14
6	Metodernes teoretiske grundlag	19
6.1	Forebyggelse og sundhedsfremme	19
6.2	Teoretisk grundlag for 'Du bestemmer'	22
6.2.1	Metodebeskrivelse	23
6.3	Teoretisk grundlag for 'Aktive vurderinger'	24
6.3.1	Metodebeskrivelse	25
7	Metodernes vej ind i sundhedsplejen	27
8	Empiriske eksempler på metodernes praksis	30
8.1	'Aktive vurderinger' i praksis	30
8.1.1	Trivsel i tredje klasse	30
8.1.2	Pubertet i 5. klasse	33
8.1.3	Kærlighed og sex i 8. klasse	34
8.1.4	'Aktive vurderinger' som sundhedsfremme	35
8.2	'Du bestemmer' i praksis	36
8.2.1	'Du bestemmer' som individorienteret metode	36
8.2.2	'Du bestemmer' som familieorienteret metode	40
8.2.3	'Du bestemmer' i sundhedssamtalen	43
8.2.4	'Du bestemmer' som sundhedsfremme	45
9	Metodernes betydning for sundheds- plejen som institution og praksis	47
9.1	Værkstøjskassen	48
10	Metodernes betydning for børn og unges sundhed	50
11	Konklusion og anbefalinger	52
Bilag		56

1 Introduktion. Baggrund, fokus og formål med undersøgelsen

Emnet for denne rapport er, hvordan de to metoder til sundhedsfremme 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger' aktuelt anvendes og virker i skolesundhedstjenesten i Danmark.

Rapporten beskriver resultaterne af en antropologisk evaluering af de to metoders udbredelse, anvendelse og - i et vist omfang - effekt.

Baggrunden for undersøgelsen er en antagelse om, at skolesundhedsplejersker i stigende grad anvender bestemte sundhedsfremmende metoder, uden der dog findes noget specifikt overblik over den faktiske udbredelse, praksis og betydning som sundhedsfremmende aktiviteter, både for den særlige målgruppe, skolebørnene, og for sundhedsplejerskerne, der arbejder i skolesundhedstjenesten. Der er allerede foretaget enkelte evalueringer af begge metoder.¹ Samlet set viser disse, at metoderne hver især antages at have en sundhedsfremmende effekt, og at de har en berigende effekt på sundhedsplejerskens arbejde. Denne evaluering adskiller sig fra de forrige, primært ved at være fokuseret på metodernes praksis og betydning for både sundhedsplejersker og børn, ikke kun i form af resultater, men også for relationen mellem sundhedsplejersken og børnene.

Metoderne 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' er kendte metoder i skolesundhedsplejen. En undersøgelse af deres brug i praksis antages dels at kunne kvalificere praksis med henblik på at styrke og udvikle metodernes anvendelse, dels at kunne give indblik i, hvordan metoderne bruges som redskaber i dialogen med børn og unge om sundhed.

Tanken bag begge metoder er, at man skal styrke barnet / den unge i selv at handle i forhold til sin egen sundhed. Når sundhedsplejersken bruger disse metoder i sit arbejde er hendes opgave derfor at være katalysator for at igangsætte processer, dvs. at være en dannelseskonsulent mere end en tilpasningsvejleder.

Sundhedsplejerskens arbejde skal føre til, at der hos barnet / den unge i dialogen med hende opstår en erkendelse af eget ansvar, muligheder for og evne til at handle og en følelse af sammenhæng.

¹ For 'Aktive vurderinger' kan nævnes en evaluering fra Hillerød Kommune (2006), som primært dokumenterer metodens betydning for sundhedsplejerskernes arbejde og en evaluering fra Sverige (Edvardson & Håkonson 1997), der dokumenterer den sundhedsfremmende effekt i relation til rygning. For 'Du bestemmer' kan nævnes en evaluering fra Ringkjøbing Amt (1998), som fokuserer på både proces og resultater, og en (af flere) som fokuserer på effekten af metoden for overvægtige børn og deres familier (Ammitzbøll 2004). Elementer af disse evalueringer og andre lignende vil blive omtalt og diskuteret i rapporten, i forbindelse med resultater af denne evaluering.

'Du bestemmer' er en sundhedsfremmende metode, som består af såvel individuelle samtaler som gruppesamtaler med udgangspunkt i konkrete arbejdsark. Metoden har til formål at fremme børns handlekompetence ved at give dem erfaringen med at kunne opnå ønskede ændringer i deres liv. Styrken i metoden 'Du bestemmer' er evnen til at fremme børn og unges viden om og forståelse af sig selv og handlemuligheder i forhold til de (sundheds)problemer, de måtte have. Metoden kan øge børns handlekompetence ved at de får positive erfaringer med at løse problemer og den kan derigennem påvirke børns muligheder for valg af livsstil også med hensyn til sundhedsforhold.

"Aktive vurderinger" er en sundhedsfremmende metode, baseret på dialogbaseret undervisning. Metodens formål er at fremme børns refleksion og handlekompetence i relation til sundhedsfaglige emner i bred forstand. Styrken i metoden 'Aktive vurderinger' ligger i evnen til at fremme børns viden om sundhedsrelaterede emner og at styrke deres refleksioner. Dette antages at føre til øget handlekompetence og potentielt valg af en sundere livsstil.

2 Resume af undersøgelsens formål, resultater og konklusioner

Undersøgelsen bygger på antropologisk forskningspraksis og er en evaluering af de to metoders udbredelse, anvendelse og, i et vist omfang, effekt.

Undersøgelsens formål er at belyse:

- hvilken udbredelse de to metoder har i skolesundhedstjenesten
- hvilke teoretiske principper metoderne bygger på
- hvordan metoderne implementeres og organiseres lokalt, og hvordan sundhedsplejersker lærer metodernes praksis
- hvilke sammenhænge metoderne konkret anvendes i og med hvilken begrundelse
- hvordan metoderne fungerer som sundhedsfremmende aktiviteter – herunder hvilken betydning anvendelsen af metoderne har for relationen mellem sundhedsplejersken og børnene, og for børnenes opfattelse af sundhed og forebyggelse
- hvilke styrker og svagheder, metoderne rummer – herunder hvilke dilemmaer og udfordringer brugen af metoderne giver anledning til.

Baggrunden for undersøgelsen var en antagelse om, at skolesundhedsplejersker i stigende grad anvender sundhedsfremmende metoder, uden der dog findes et konkret overblik over den faktiske udbredelse. Herunder mangler der særligt viden om metodernes betydning som sundhedsfremmende aktiviteter, både for den særlige målgruppe, skolebørnene, og for sundhedsplejerskerne, der arbejder i skolesundhedsplejen.

Rapporten dokumenterer og uddyber hvorfor, hvordan og til hvilke formål metoderne anvendes – herunder hvordan de anvendes på forskellige måder i forskellige sammenhænge.

Sigtet er at bidrage til at kvalificere brugen af metoderne, gennem en konkretisering af deres potentiale, deres betydning for aktørerne samt deres (anslåede) sundhedsfremmende effekt.

2.1 Sundhedsplejens status og faglige baggrund

Undersøgelsen giver et blik på sundhedsplejens status i Danmark i 2009 samt på, hvordan sundhedsplejersker oplever sig selv som fagpersoner og hvilke kompetencer, målsætninger og ambitioner, der præger skolesundhedsplejerskens arbejde. Det belyses, hvad det betyder for faggruppen at have mulighed for at arbejde sundhedsfremmende gennem disse metoder.

Sundhedsplejerskernes baggrund er sygepleje, og de er således fagligt socialiserede indenfor en medicinsk tradition. Gennem videreuddannelsen bliver det sundhedsplejerskens opgave og ideal at arbejde både forebyggende og sundhedsfremmende. I sundhedsplejerskeuddannelsen styrkes sygeplejerskens viden og kunnen med en lang række andre discipliner som fx pædagogik, udviklingspsykologi, sociallov-

givning, filosofi og samfundsvidenskab og fokus flyttes fra sygdom og dermed helbredelse og/eller lindring til sundhedsfremme og forebyggelse. Dette forhold rejser et overordnet spørgsmål om, hvordan sundhedsplejersker gennem deres videreuddannelse bliver kompetente sundhedsvejledere i relation til forståelsen af forebyggelse og sundhedsfremme i en anden arena, og om hvorledes de bliver i stand til at omsætte og formidle deres viden og forståelse af de to begreber til børn, unge og deres familier. Denne undersøgelse søger at dokumentere hvilken rolle, de undersøgte metoder 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger' spiller i denne sammenhæng og giver et bud på, hvordan sundhedsplejersken kan formidle sin sundhedsfaglige viden.

2.2 Udvalgte resultater fra undersøgelsen

En del af en værktøjskasse

Undersøgelsen viser, at metoderne både anvendes i deres rene og hele form, og som fragmenter, der indgår i en slags 'værktøjskasse', som sundhedsplejersken gør brug af i sit arbejde. Begge metoders praksis viser sig at være mere improviseret end undersøgelsen antog som udgangspunkt, idet hverken 'Aktive vurderinger' eller 'Du bestemmer' særligt ofte praktiseres 'lige efter bogen'. Der arbejdes mere ad hoc med at finde den metode, der virker bedst i hver enkelt situation. Værktøjsskassen er udviklet på baggrund af teorier om sundhedsfremme og forebyggelse, samt af en opfattelse af børn som aktører og en opfattelse af sundhedsplejersker som både sundhedseksperter og procesvejledere. Værktøjsskassen indeholder forskellige redskaber til brug i skolesundhedstjenesten, herunder også andre metoder end de her undersøgte.

Opbakning

Evaluatoren fandt, metodefrihed er et ideal for sundhedsplejersker, og undersøgelsen viser, at det fremmer brugen af de to metoder, hvis der på organisatorisk niveau er konkret opbakning til at anvende dem, fx hvis de beskrevet som konkrete ydelser i sundhedsplejens virksomhedsplan.

Forskellig indflydelse og betydning

Metoderne er karakteriserede ved, at de har indflydelse på børn og unge på forskellige måder. Valget af metode i en given undervisningssituation er betinget af en række didaktiske overvejelser. Rapporten viser, at de to metoder virker sundhedsfremmende på forskellig vis, og at de på hver deres måde har indflydelse på såvel interaktionen mellem børnene og sundhedsplejerskerne som på børnenes opfattelse af sundhed.

Metoderne har desuden hver sin betydning i forhold til sundhedsplejerskens arbejde. Det vurderes, at mens 'Du bestemmer' har en mere terapeutisk og specifikt sundhedsfremmende karakter, rummer 'Aktive vurderinger' en mere konkret pædagogisk anvendelse af generel sundhedsfaglig viden og det sundhedsfremmende element træder frem gennem den måde, stoffet formidles på. 'Aktive vurderinger' styrker sundhedsplejerskens pædagogiske færdigheder og lægger op til en effekt, der ikke kan vurderes i denne undersøgelse. På baggrund af undersøgelsen må det antages, at metoden styrker børnenes handlekompetence, idet de gennem klasseundervisning trænes i at tage stilling, lytte og reflektere over generelle forhold af sundhedsmæssig karakter. Det vurderes, at 'Du bestemmer' fremmer børnenes

handlekompetence, men at der her er tale om en mere personlig ønsket umiddelbar effekt, idet der i et længerevarende forløb arbejdes med at foretage en ønsket ændring, formuleret af barnet / den unge selv.

Det vurderes, at 'Du bestemmer' kræver flere ressourcer end 'Aktive vurderinger', og at 'Du bestemmer' især er anvendelig til udsatte børn med erkendte sundhedsproblemer, hvor særlig indsats er påkrævet.

2.3 Undersøgelsens konklusioner

- Metoden 'Aktive vurderinger' kan anvendes til alle aldersgrupper, hvis øvelserne udvælges ud fra det niveau af refleksion, som man kan forvente på de forskellige udviklingstrin.
- 'Aktive vurderinger' kan med fordel anvendes, hvis målet er at formidle viden om sundhed på en måde, der sandsynligvis øger den enkeltes refleksioner og dermed mulighed for at vælge en adfærd, der fremmer sundheden.
- Metoden 'Du bestemmer' synes særlig velegnet og velbegrundet til børn med særlige behov, der i særlig grad har brug for støtte til at udvikle deres handlekompetence i relation til sundhed.
- 'Du bestemmer' kan med fordel anvendes, hvis målet er at øge børnenes selvværd og handlekompetence. For mindre ressourcestærke børn og unge er det særligt sandsynligt, at 'Du bestemmer' giver dem erfaringer, der sætter dem i stand til at etablere varige forandringer for bedre sundhed.
- Metoderne 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' er begge velegnede måder at organisere og implementere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i sundhedsplejen på, men anvendelsen af dem fordrer en bevidsthed om prioriteringer og ressourceforbrug, herunder både i form af tid til planlægning og gennemførelse samt kollegial supervision.
- Det bør sikres, at der er ledelsesmæssig opbakning, og at der etableres kollegiale sammenhænge, hvor udvikling af fagligheden kan foregå, når nye metoder skal anvendes.

Undersøgelsens konklusioner uddybes i kapitel 11.

3 Materiale og metode

Undersøgelsen er blevet gennemført i 2008-2009 af antropolog og sygeplejerske Lene Teglhus Kauffmann for Sundhedsstyrelsen. Den rummer både en kvantitativ og en kvalitativ del. Vægten har i overensstemmelse med gængs antropologisk praksis været lagt på den kvalitative afdækning, hvilket også præger rapportens udformning, idet rapportens kerne er konkrete beskrivelser af praksis. Tilgangen har været eksplorativ, og det har derfor været muligt at justere undersøgelsens perspektiv undervejs i overensstemmelse med de indsigter – ikke mindst om metodernes praktiske anvendelse – der blev indhøstet efterhånden. Det kvantitative grundlag for denne rapport udgøres af 54 besvarelser af spørgeskemaer. Den kvalitative afdækning af metodernes praksis er sammensat af en lang række kilder:

- **Kurser for sundhedsplejersker**
For at opnå et grundlæggende kendskab til såvel metoderne som den måde de læres på, deltog evaluatoren som det første som kursist i to tre-dages kurser for sundhedsplejersker i metoderne 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger'.
- **Deltagerobservation**
Der blev gennemført deltagerobservation i fire forløb af 'Aktive vurderinger' og i fire forløb med 'Du bestemmer'. De fleste forløb var af mere observerende end deltagende praksis.
- **Deltagelse i sundhedssamtaler**
Evaluatoren deltog i en lang række sundhedssamtaler (>40), dvs. sundhedsplejerskens rutinemæssige og tilbagevendende møde med børnene, hvor der indgår screening og samtaler med børnene/de unge.
- **Interviews med sundhedsplejersker**
Evaluatoren gennemførte 12 interviews, hvoraf enkelte var telefoninterviews. Interviewene var fortrinsvis med sundhedsplejersker omhandlende deres praksis, mens enkelte interviews var med ledere af sundhedsplejen i henholdsvis Københavns Kommune, såvel centralt som decentralt i områderne Bispebjerg og Brønshøj-Vanløse og med ledere af sundhedsplejen i Brønderslev og Ringkøbing-Skjern kommune.

Undersøgelsen som helhed foregik i de ovenfor nævnte kommuner samt i Køge, Glostrup og Faxe kommuner.

4 Sundhedsplejens historiske og politiske kontekst

For at forstå baggrunden for metodernes praksis og betydning vil rapporten ganske kort beskrive sundhedsplejen som institution samt redegøre for de aktuelle statslige og politiske tiltag, der skal bidrage til at sikre børns sundhed nu og i fremtiden. Denne beskrivelse viser, at metoderne også indgår i en sundhedspolitisk udvikling.

Sundhedsplejen er historisk funderet i 1930'erne. Formålet med ordningen var at reducere børnedødeligheden, som lå højere i Danmark end i andre skandinaviske lande. Sundhedsplejerskerne skulle dels opspore sygdomme i tide, dels påvirke forældre til en sundere adfærd, især hvad angik hygiejne og kost. Sundhedsplejen fik således sin oprindelse i en pragmatisk og instrumentel tilgang, hvor målet var at reducere børnedødeligheden og opnå en levestærk og dermed produktionsdygtig befolkning. Sundhedsplejen var altså fra starten en politisk institution, som har til formål at muliggøre, at statens midler bruges til at realisere de mål, der er begrundet og opstillet af staten selv². Deraf følger, at sundhedsplejersker arbejder ud fra de statslige retningslinjer, der udstikkes for området.

Skolesundhedspleje er en relativ ny funktion. Helt frem til 1972 bestod sygeplejersken opgaver i at bistå skolelægen med at forebygge og kontrollere sygdom og først i 1983 fik skolesundhedsplejerskerne selvstændigt arbejds- og kompetence område.

Sundhedsloven

Børns sundhed forstås i dag som andet og mere end overlevelse og fravær af sygdom, og sundhedsplejerskens opgaver er derfor naturligt ændret gennem årene. Sundhedsplejerskens opgaver i dag er beskrevet i Sundhedsloven fra 2007, hvor § 120 fastslår, at børn skal sikres en sund opvækst og gode forudsætninger for en sund voksentilværelse. Kommunen skal således tilrettelægge sundhedstilbud, så der ydes en generel forebyggende og sundhedsfremmende indsats, en individorienteret indsats, der retter sig mod alle børn samt en særlig indsats rettet mod børn med særlige behov.

Bekendtgørelsen

Tilrettelæggelsen af sundhedstilbud til børn og unge i henhold til sundhedsloven er nærmere beskrevet i bekendtgørelse nr. 1183 af 28/11/2006. Opgaverne er for skolesundhedstjenesten beskrevet således i § 9 stk. 3:

Over for børn i den undervisningspligtige alder skal sundhedsplejersken ved funktionsundersøgelser og gennem regelmæssig kontakt med børnene afdække eventuelle almene sundhedsmæssige problemer, samt ved kontakt med det enkelte barn, afdække eventuelle individuelle, sundhedsmæssige problemer³.

² Se Henriette Buus (2001) for en diskussion i et historisk perspektiv af forholdet mellem staten og sundhedsplejen som institution.

³ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=10585>

I § 11 står:

”Børn og unge med særlige behov skal indtil undervisningspligtens ophør tilbydes en særlig indsats, herunder en øget rådgivning, bistand samt eventuelt yderligere undersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske” (ibid.; understregninger tilføjet).

I bekendtgørelse nr.1183 af 28/11/2006 bestemmes det desuden i § 26, at Sundhedsstyrelsen fastsætter nærmere retningslinjer for tilrettelæggelsen og indholdet af de forebyggende sundhedsydelse for børn og unge.

Anbefalingerne

Anbefalinger for skolesundhedstjenesten angives i Sundhedsstyrelsens publikation ”Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge” (2007) i forlængelse af bekendtgørelsens § 26. Indledningsvist fastslås det, at formålet med sundhedsydelse til børn og unge skal være både sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende. Den regelmæssige kontakt beskrives som årlige ”sundhedssamtaler, undersøgelser og sundhedspædagogiske aktiviteter”. Hvis barnet ikke trives eller udvikler sig som forventet, bør den kommunale sundhedstjeneste iværksætte yderligere indsats...” (ibid.: 33).

’Rutinemæssige undersøgelser’, som svarer til det, sundhedsplejersker kalder screeninger, vil sige at ”synsprøve, højde- og vægtmåling skal foretages to på hinanden følgende år ved indskoling” Det anbefales at foretage yderligere højde- og vægtmålinger ”hvis der synes at være særlige behov”. Anbefalingerne begrunder således ikke, at de fleste sundhedsplejersker faktisk måler, vejer og synsprøver børnene hvert år, sådan som det viste sig at være tilfældet, når sundhedsplejersker i denne undersøgelse blev spurgt om det.

Der er i bekendtgørelsen lagt vægt på at opspore sundhedsmæssige problemer og derigennem forebygge sygdomme og fremme sundhed – hvilket udtrykker et andet og bredere fokus på sundhed og sygdom, end tilfældet var i 1937. Det afspejler den internationale indflydelse på den nationale sundhedspolitik i kraft af WHO’s brede sundhedsdefinition fra 1948 og den opfølgende definition i Ottawa-chartret fra 1986⁴. Heri præsenteres ideen om sundhedsfremme, og der lægges op til, at mennesker ikke bare skal være raske, men føle velbefindende både fysisk, psykisk og socialt, være i stand til at udvikle sig og trives samt at finde hjælp og støtte i denne proces. På trods af den brede definition lægger man i Danmark, både fra politisk hold, som det fremgår af love og bekendtgørelser som beskrevet ovenfor, såvel som evaluator har oplevet det i praksis, fortsat vægt på primært at opspore sundhedsmæssige problemer.

Det brede, positive sundhedsbegreb kommer i højere grad til udtryk i anbefalingerne end i loven. I anbefalingerne for de forebyggende sundhedsydelse er der fokus på en bred vifte af sundhedsdeterminanter: trivsel, kostvaner, motion hygiejne,

⁴ ”Sundhed er den proces, som gør folk i stand til at øge kontrollen med og øge deres sundhedstilstand. For at opnå en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velbefindende må den enkelte eller en gruppe være i stand til at virkeliggøre sin stræben, at tilfredsstille sine behov og ændre omgivelserne eller tilpasse dem. Sundhed skal derfor betragtes som en ressource og ikke som målet i livet” (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

søvn, fritidsbeskæftigelse, kropsbevidsthed, påklædning, drilleri, jalousi, fysiske og psykiske ændringer i puberteten, gruppedannelser, erhvervsarbejde, misbrug, rygning, alkohol, kriminalitet, arbejdsstillinger, kønsroller, prævention og kønssygdomme. Der synes dog stadig at være tale om en vis overvægt af sygdomsforebyggelse i forhold til sundhedsfremme i denne vifte af sundhedsaspekter.

Forebyggelse og/eller sundhedsfremme?

Den teoretiske skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme er omdiskuteret. Sundhedsfremme og forebyggelse kan betragtes som to vidt forskellige tilgange til sundhed, eller som to områder, der er tæt beslægtede. Begge udgør en del af sundhedsvæsenets og dermed sundhedsplejerskens opgaveløsning. I sundhedsfremme er fokus på individets muligheder, evne og kompetence til at leve sundt i bred forstand, mens der i forebyggelsen i højere grad er fokus på at undgå bestemte sygdomme og risikoadfærd. Dette diskuteres også i afsnit.6.1

Det er i denne kontekst, at metoderne 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger' finder deres betydning. For at forstå denne betydning, er det nødvendigt at anerkende, at den dominerende diskurs, sådan som sundhedsplejerskerne oplever det, stadig gælder sygdomsforebyggelse snarere end sundhedsfremmende. Selvom nogle sundhedsplejersker ikke mener, at det er relevant at skelne mellem de to begreber, og at man kan arbejde både sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende samtidigt, er det omvendt tydeligt, at der kan være en teoretisk forskel, som også kommer til udtryk i de udfordringer, som sundhedsplejersker oplever i deres forsøg på at lære og bruge metoderne. De vender igen og igen tilbage til temaet om, at deres sundhedsfaglige eller medicinske baggrund byder dem at lave 'tjeklister' – altså at sikre, at de får givet den medicinske viden, de har, videre til modtageren. Sundhedsplejerskerne kan siges at stå med et ben i hver tilgang, og de sundhedsplejersker, der har deltaget i undersøgelsen mener selv, at lovgivningen og rammerne tilskynder dem til en mere problemorienteret sygdomsforebyggende tilgang, fordi de ikke synes, der er tid til begge dele.

Metodernes sundhedsfremmende praksis opleves derfor af sundhedsplejerskerne som en udfordring, men også samtidig som en hjælp til *faktisk* at tænke mere sundhedsfremmende. Som det kom til udtryk i følgende udsagn fra en sundhedsplejerske på et kursus i 'Aktive vurderinger': "*Hvis vi ikke har 'Aktive vurderinger', så har vi jo ingenting*". Sundhedsfremme er et ideal, der kan være svært at praktisere, fordi det udfordrer den kontrollerende og 'faktuelle' sundhedspleje, som også fylder meget i det daglige arbejde med at 'screene' - altså måle, veje og synsteste. Den relativt strukturerede form for dialog, der kendetegner begge metoder er en god hjælp til at erstatte 'tjeklisten' med nogle mere sundhedsfremmende redskaber i dialogen med børn og unge.

5 Metodernes udbredelse og anvendelse

Metodernes udbredelse og anvendelse er undersøgt ved elektronisk udsendelse af 101 spørgeskemaer⁵, med i alt 26 spørgsmål til ledende sundhedsplejersker i alle landets kommuner. Heraf blev der udsendt 33 skemaer til region Hovedstaden 33, 16 til region Sjælland, 24 til region Syddanmark, 19 til region Midtjylland og 9 til region Nordjylland.

Der indkom i alt 54 besvarelser, efter at der var sendt en enkelt elektronisk påmindelse samt lagt en påmindelse på lederforeningens hjemmeside. En telefonisk henvendelse til enkelte sundhedsplejersker antydede, at den ret lave besvarelsesprocent skyldtes travlhed: *"Vi er jo nødt til at prioritere"*, som en ledende sundhedsplejerske forklarede. Ligeledes kan det have mindsket interessen, at det var de ledende sundhedsplejersker, som skulle besvare skemaet, fordi de ikke nødvendigvis arbejder med praksis og dermed med metoderne. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om metodernes udbredelse og deres anvendelsesområder, både i forhold til aldersgrupper og sundhedstemaer. Der var spørgsmål rettet både mod den konkrete anvendelse og den ideelle, ønskværdige anvendelse - altså spørgsmål, der lagde op til en vis vurdering af metodernes betydning. Denne vurdering viste sig at være i overvejende grad positiv – måske et udtryk for, at de sundhedsplejersker, der prioriterede at svare på spørgeskemaet, havde en positiv indstilling til metoderne. Flere af spørgsmålene ville således være mere relevante at rette til sundhedsplejersker, der reelt arbejder med metoderne. Disse retrospektive overvejelser begrundes, hvorfor kun få elementer af undersøgelsen indgår i nærværende rapport. Disse elementer kan dog give et indblik i metodernes udbredelse i praksis.

I det følgende præsenteres de vigtigste af de kvantitative resultater.

Besvarelserne fordeler sig på regioner som fig. 1 viser.

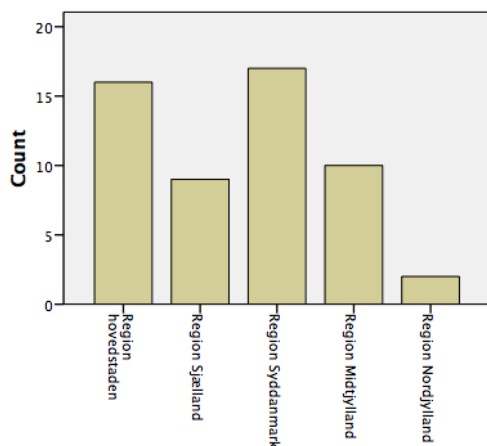


Fig. 1: Besvarelser fordelt på regioner

⁵ Det nøjagtige antal er usikkert, da nogle af de ledende sundhedsplejersker i kommunerne valgte at sende skemaet videre til en eller flere medarbejdere, da de ikke selv kunne svare for kommunen, i nogle tilfælde pga. kommunesammenlægninger, som gør at ledere ikke kender til hele kommunens historie.

Udbredelse af metoderne

Figur 2 viser, at 4 ud af 5 regioner bruger en eller begge metoder. Kun 2 af de 54 svar angiver, at ingen af de to metoder anvendes. 'Aktive vurderinger' synes at være den mest udbredte af de to metoder i praksis.

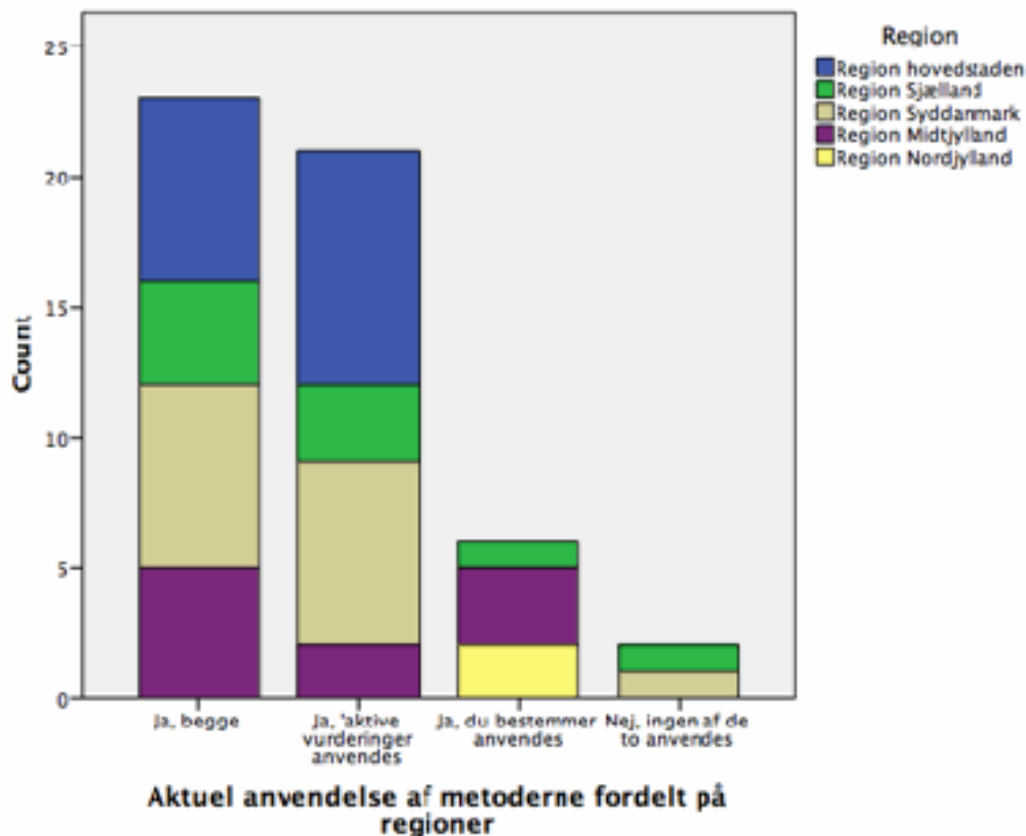


Fig. 2: Aktuel anvendelse af metoderne 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' Fordelt på regioner.

Anvendelse af metoderne på klassetrin

Figur 3 A og B viser på hvilke klassetrin, metoderne anvendes. Den kvalitative del af undersøgelsen viser, at elementer fra 'Du bestemmer' faktisk anvendes på alle klassetrin i visse kommuner, selvom metoden 'efter bogen' primært retter sig til de største klasser.

Anvendelsen af 'Du bestemmer' topper tilsyneladende i 8. klasse, mens 'Aktive vurderinger' topper i 6. klasse. Ud fra disse tal synes der altså at være en vis tendens til, at 'Du bestemmer' faktisk forbindes med de ældste klasser.

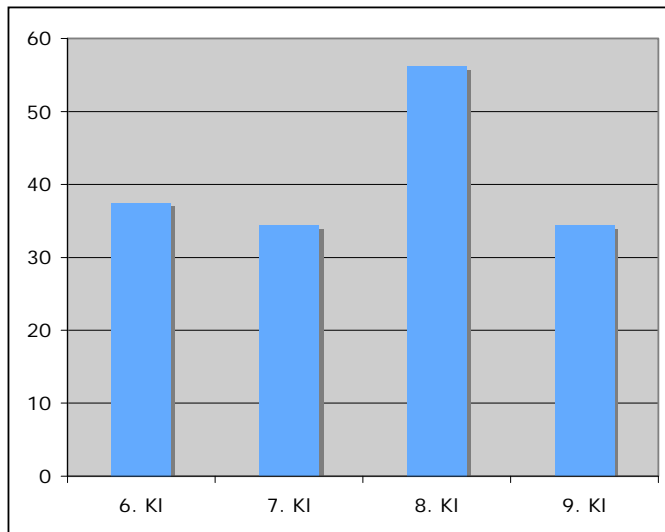


Fig. 3A. Anvendelsen af 'Du bestemmer', fordelt på klassetrin.

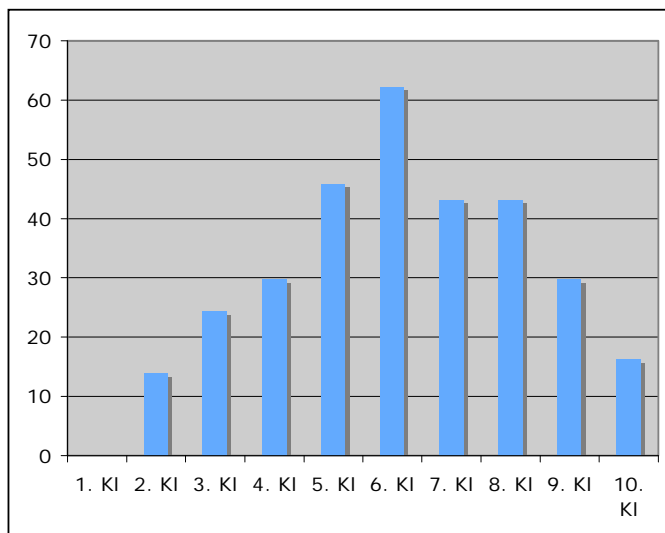


Fig. 3B: Anvendelsen af 'Aktive vurderinger', fordelt på klassetrin.

'Aktive vurderinger' anvendes som forventet på næsten alle klassetrin, med overvægt i 5.-8. klasse. Det fremgår at, 'Aktive vurderinger' ikke anvendes i 1. klasse, men i den kvalitative del af undersøgelsen var der dog en enkelt sundhedsplejerske, der oplyste, at hun anvendte elementer fra metoden i hygiejne-undervisning i 1. klasse.

Indførelse og anvendelse af metoderne

Tallene fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 'Aktive vurderinger' er indført senere i praksis end 'Du bestemmer'. De fleste kommuner har indført metoden for 2-4 år siden, mens 'Du bestemmer' stort set ligger 4-6 år tilbage.

'Aktive vurderinger' blev introduceret i Danmark fra Sverige via det daværende Tobaksskaderådet i starten af 1990'erne. 'Du bestemmer' blev på samme tid indført som metode i Danmark, hvor man i det tidligere Ringkøbing amt i starten af

90'erne begyndte at bruge af 'Du bestemmer' som grundlag for sundhedssamtaler med skolebørn.

Interviews med ledende sundhedsplejersker viser, at man i enkelte kommuner, f.eks. København, Glostrup og Ringkøbing-Skjern overordnet har en beslutning om, hvordan og hvornår man anvender metoderne. Det kan fx være en beslutning om pubertetsundervisning i 5.-6. klasse, eller om hygiejne undervisning i 1. klasse⁶. I langt de fleste sammenhænge er det dog den enkelte sundhedsplejerske eller mindre grupper, der skal beslutte sig for at bruge de ressourcer, der skal til for f.eks. at planlægge og gennemføre forløb med 'Aktive vurderinger'. Anvendelsen af 'Du bestemmer' er meget tidskrævende, og det er angiveligt ikke muligt for den enkelte sundhedsplejerske at planlægge et forløb, uden at der tildeles ressourcer specifikt dertil. Derfor anvendes ofte alene dele af metoden oftest, frem for hele metoden 'efter bogen'. Dette forhold uddybes i beskrivelsen af metodernes praksis.

'Du bestemmer' anvendes til flere problematikker af særlig kompleks karakter, især overvægt, men også til generelle trivselsproblemer, belastede familier m.m. 'Du bestemmer' tilbydes i langt overvejende grad (87 %) til specifikke grupper af børn og unge og kun sjældent til et helt klassetrin. I modsætning hertil tilbydes 'Aktive vurderinger' oftest til et helt klassetrin.

I Københavns kommune kommer alle sundhedsplejersker på kursus i 'Aktive vurderinger', som resultat af en overordnet beslutning om at integrere metoden i sundhedsplejerskernes arbejde. Man har dog tidligere satset på 'Du bestemmer' i København, og mange af de mere erfarne sundhedsplejersker har således også været på kursus i 'Du bestemmer'. I Brønderslev-Dronninglund Kommune har man foretaget en tilsvarende disposition med 'Du bestemmer'; her har alle sundhedsplejersker været på kursus i denne metode, og man arbejder aktuelt på at implementere dens praksis i hverdagens opgaver.

Uddannelse i metoderne

En fjerdedel af de, der har svaret har ikke deltaget i kursus i nogen af de to metoder.

Det fremgår, at en del af de ledende sundhedsplejersker ikke har været på kurser i metoderne, men også at den overvejende del af de ledende sundhedsplejersker faktisk har været på kursus i begge metoder.

Sundhedsplejersker arbejder, jf. det lovmæssige grundlag som er præsenteret ovenfor, i særlig grad med at identificere og hjælpe særligt udsatte børn.

Metodernes anvendelse i forhold til denne gruppe vises i fig. 5.

⁶ At der foreligger en overordnet beslutning garanterer dog ikke en konstant anvendelse af metoderne; ressourcer synes at være helt afgørende for hvordan den enkelte sundhedsplejerskes arbejde udformer sig.

Har du været på kursus i metoderne					
		Frequency	Percent	Valid percent	Cumulative percent
Valid	Ja, i begge	17	31,5	33,3	33,3
	Ja, i i aktive vurderinger	12	22,2	23,5	56,9
	Ja, i du bestemmer	10	18,5	19,6	76,5
	Nej	12	22,2	23,5	100,0
	Total	51	94,4	100,0	
Missing	System	3	5,6		
Total		54	100,0		

Fig. 4: Antal sundhedsplejersker, der har gennemført kurser i de to metoder.

Metodernes anvendelse i forhold til udsatte børn

Som det fremgår, anvendes 'Du bestemmer' i langt højere grad end 'Aktive vurderinger' til udsatte børn med kendte (sundheds)problemer.

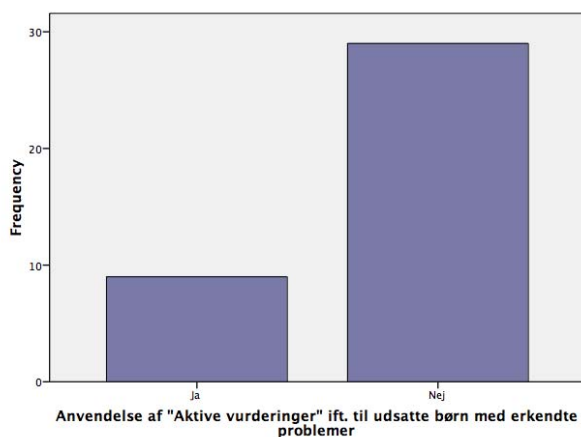


Fig. 5A. Anvendelse af 'Aktive vurderinger' i relation til særligt udsatte børn.

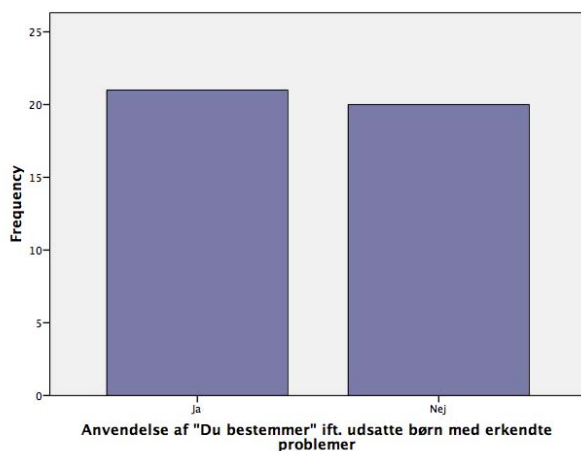


Fig. 5B. Anvendelse af 'Du bestemmer' i relation til særligt udsatte børn.

6 Metodernes teoretiske grundlag

For at skabe en grundlæggende forståelse af metodernes praksis skal der her ses på det teoretiske grundlag for metoderne. På kurserne undervises der i dette, og det teoretiske grundlag begrundet anvendelsen af metoden, samtidig med at teoretiske overvejelser spiller ind i planlægningen af forløb, hvad enten det gælder 'Aktive vurderinger' eller 'Du bestemmer'.

Sundhedsplejen har som et væsentligt omdrejningspunkt et mål om, at børn gradvist bliver i stand til at tage selvstændigt vare på deres sundhed. I forlængelse heraf er sundhedsvejledning et vigtigt aspekt af sundhedsplejerskens praksis. Sundhedsvejledningen tager ofte afsæt i identificerede sundhedsproblemer, idet sundhedsplejerskens systematiske vurdering af barnets sundhedstilstand har til formål at identificere manglende trivsel og udvikling (jf. lovgivningen). Arbejdet tager sit udgangspunkt i screeningens veje- og målepraksis samt syns- og høreprøver. Individuelle sundhedssamtaler med børnene om deres sundhed lægger primært, men ikke kun, op til at afhjælpe sundhedsproblemer identificeret gennem denne vurdering. Denne afhjælpning kan have både forebyggende og sundhedsfremmende karakter, men screeningen dirigerer så at sige fokus i en bestemt retning. Hvis et barn er overvægtigt, er det ofte sundhedsplejerskens medicinske viden – om risikofaktorer, kost og motion – der kommer i anvendelse frem for en undersøgelse af, hvordan barnet har det med vægten og sit liv i øvrigt. Det var denne praksis, der i undersøgelsen kunne iagttages under sundhedsplejerskernes samtaler med børnene, selvom sundhedsplejerskerne ofte selv hævdede, at de ønskede at arbejde mere sundhedsfremmende. Selvom de ønskede at gå til problemet på barnets egne betingelser og afsøge problemets karakter mere bredt, oplevede de en begrænsning i tid, der gjorde det svært indenfor rammerne af en almindelig sundhedssamtale at nå dertil.

Tid og ressourcer

Tidsfaktoren er et centralt aspekt i undersøgelsen, og der er nærmest betydnings-sammenfald mellem tid og ressourcer i sundhedsplejerskernes beskrivelser. Sundhedsplejerskerne hævder gennemgående, at manglende tid er årsagen til, at de ikke praktiserer metoderne, og i det hele taget ikke får arbejdet så sundhedsfremmende, som de gerne vil. Ledelsen i de kommuner, hvor man har en overordnet beslutning om anvendelsen af specifikke metoder, hævder i flere tilfælde, at der naturligvis følger ressourcer med, når man implementerer metoderne. Men det er imidlertid ikke sundhedsplejerskernes oplevelse. Tid som ressource er således et fænomen, der knytter sig særlige forståelser til. Manglende tid er måske blevet en kulturelt acceptabel måde at sammenfatte andre og mere komplekse årsager til, at man ikke arbejder så sundhedsfremmende, som man gerne ville. Se også afsnit 7.4 for denne diskussion.

En måde at forstå disse komplekse årsager dybere på kunne være at udfolde begreberne sundhedsfremme og forebyggelse i et historisk og teoretisk perspektiv.

6.1 Forebyggelse og sundhedsfremme

Der har gennem de seneste 10-15 år været øget fokus på sundhedsfremme (se f.eks. Jensen & Johnsen 2000, Jensen 2005). Ottawa-chartret (WHO 1986) var den første politiske tilkendegivelse af, at sundhedsfremme var andet og mere end forebyggelse. I Sundhedsstyrelsens begrebsafklarende publikation "Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed" (2005) defineres sundhedsfremme og fo-

rebyggelse som to ligestillede – og således forskellige – begreber. Sundhedsfremme er et omdiskuteret begreb, og det er derfor relevant at indkredse dets betydning ganske kort.

Sundhedsfremme som begreb trækker på en lang række teoretiske betragtninger, herunder den medicinske sociolog Aron Antonovsky' s begreb *salutogenese* (2000) og på WHO's såkaldt brede sundhedsdefinition⁷. Antonovsky argumenterer for at flytte fokus fra en "patogenetisk" synsvinkel til en "salutogenetisk", dvs. til de helbredende og forebyggende kræfter, der er knyttet til menneskers helbredsressourcer, ikke for at erstatte opmærksomheden på sygdom, men for at supplere den med opmærksomhed på sundhed og de kræfter, der holder mennesker sunde.

Denne opmærksomhed på sundhed lægger op til, at mennesker selv kan tage 'ejerskab' for deres sundhed, og til at sundhedsplejerskens rolle er at støtte dette ejerskab ved at sikre barnets aktive deltagelse og derigennem fremme det, Antonovsky refererer til som "sense of coherence". Det vurderes, at implikationerne af dette er, at man med en sundhedsfremmende tilgang lægger op til, at barnet skal kunne ændre noget gennem en refleksion over, hvad der er godt for ham/hende. Denne refleksion kan være informeret af viden, som sundhedsplejerskens medicinske og øvrige baggrund er med til at forme, men den formes også af barnets egen viden, holdninger og erfaringer. Det er forståelsen af dette, der er grundlaget for sundhedsfremmende aktiviteter – og for den skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme, som er relevant her.

Forebyggelse har fokus på risikofaktorer og sigter mod at undgå noget uønsket, og det er 'eksperterne', der definerer, hvad der er sundt. Kampagner såsom '6 om dagen' skal ikke bare informere os om værdien af at spise grønt, men lægger også op til, at en bestemt livsstil er vejen til sundhed. Der er fokus på at styrke modstandskraften overfor sygdomme ved at spise sundt, undgå rygning, drikke med måde og dyrke motion. Der er således ikke fokus på den enkeltes følelser, holdninger og erfaringer, når vi taler om forebyggelse, og sundhedsplejerskens rolle har her mere karakter af at være ekspert snarere end at være vejleder eller samarbejdspartner, som sundhedsfremme i højere grad lægger op til.

Historisk set har den forebyggende strategi været dominerende indenfor sundhedspolitikken (se f.eks. Christensen 1999 for en diskussion af dette i forhold til ernæringskampagner), men der er tale om en udvikling, der trækker i en mere sundhedsfremmende retning. Det beskrives også af Wistoft, Jensen og Roesen (2005) der med udgangspunkt i et værdiafklaringsprojekt i sundhedsplejen i Københavns kommune påpeger, at sundhedsplejerskerne her oplever, at den dominerende tænkning skiller begreberne ad og kvalificerer dem i et værdiperspektiv: Sundhedsfremme er det nye, smarte og moderne, mens forebyggelse er støvet og gammeldags. I praksis er de dog ikke så adskilte, hævder sundhedsplejerskerne i nævnte projekt, idet arbejdet med børnene trækker på både sundhedsfremme og forebyggelse (ibid: 22), og opdelingen mellem de to fremstår snarere som en teoretisk, og ikke mindst værdimæssig konflikt.

⁷ Det brede sundhedsbegreb defineres f. eks i bogen *Forebyggende sundhedsarbejde* fra 2003 som et dynamisk sundhedsbegreb hvor det fysiske, psykiske og sociale hænger sammen og hvor sundhed skabes i samspil mellem arv, livsstil, levekår og sundhedsvæsenets indsats (Kamper Jørgensen 2003: 17).

Modtagercentreret undervisning

Metoderne 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger' skriver sig ind i denne diskussion af sundhedsfremme og forebyggelse som begreber og praksis, ved at være 'patientcentreret'⁸ og gå direkte til børnenes adfærd. Begrebet patient er her noget misvisende, hvorfor 'patientcentreret' er ændret til 'modtagercentreret' i det følgende.

En modtagercentreret måde at forholde sig på står i modsætning til en læge/sygeplejerskecentreret (herefter afsendercentreret) måde. I den modtagercentrerede måde er sundhedsplejersken indstillet på *ikke* at styre eleven mod et af hende defineret mål, men i stedet gå ud fra elevens situation og i fællesskab med denne finde løsninger. Idealet er, at man ikke moraliserer og blot informerer barnet, men i stedet er lydhør og åben. Når der arbejdes afsendercentreret ved sundhedsplejersken bedst, og der moraliseres mere eller mindre åbenlyst (og mere eller mindre bevidst) og styrer mod et af sundhedsplejersken defineret mål (Aborelius 2002). Man kunne lidt forenklet hævde, at den modtagercentrerede tilgang er sundhedsfremmende, mens den afsendercentrerede tilgang primært er orienteret mod forebyggelse.

Praksis udspiller sig dog næppe som rent den ene eller den anden tilgang – der kan være tale om et kontinuum mellem de to poler, hvor nogle sundhedsplejersker i nogle situationer er mere afsendercentrerede og andre situationer er mere modtagercentrerede, jf. Wistoft, Jensen og Roesens observationer. Den afsendercentrerede tilgang sættes altså i forbindelse med forebyggelsen og "ekspertviden", mens der i den modtagercentrerede tilgang tages udgangspunkt i dialogen og således i det barn, der er modtager. Udfordringen er, om det er muligt at lægge ekspertrollen fra sig og tage barnets vurdering alvorligt i et ligeværdigt møde, hvor udgangspunktet for mødet er, at børnene måles, vejes og får testet syn og hørelse. Den medicinske videnstradition, som sundhedsplejersker er uddannet og socialiseret i, lægger op til en bestemt indplacering på et kontinuum mellem en modtagercentreret og afsendercentreret tilgang – og mellem forebyggelse og sundhedsfremme. Denne udfordring er central for sundhedsplejerskernes arbejde og således også for anvendelsen af 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer'.

Diskussionen om sundhedsfremme og forebyggelse som begreber viser, hvor sundhedsplejen af i dag er på vej hen og hvilke udfordringer, den står overfor. Den tjener også til at etablere en teoretisk ramme for forståelsen af metodernes betydning for sundhedsplejerskernes praksis.

Handlekompetence

Fælles for begge metoderne er, at de skriver sig ind i forestillingen om, at sundhedsfremme bygger på deltagelse og handlekompetence, forstået som evnen og viljen til at handle reflekteret og målrettet (Jensen & Schnack 1993). Sundhedsplejerskens primære mål er ikke at ændre barnets/den unges adfærd, men derimod at se sin opgave i et handlingsperspektiv – eleven er aktør i sit liv og i sin egen sundhed

⁸ Den patientcentrerede metode afspejler det, psykologen Carl Rogers kalder 'klientcentreret'. Her ses læring forbundet med det at finde sig selv og tage livet på sig (Glismann 2004). Barnet ved selv, hvad der er galt og skal ledes til at finde vejen til forbedringer, der passer til det ønskede.

og sundhedsplejersken er katalysator, en dannelseskonsulent mere end en tilpavningsvejleder. Hendes arbejde fører ikke nødvendigvis til målbare resultater eller synlige forbedringer i det hele taget, men det ændrer måske den retning et ungt menneskes liv har taget eller er ved at tage, fordi den enkelte erkender sit ansvar, bliver handlekompetent og derved opnår en følelse af sammenhæng eller 'coherence'.

Begrebet handlekompetence er centralt i det teoretiske grundlag for begge metoder. Handlekompetence har ikke så meget at gøre med selvtillid og selvværd, idet begrebet som læringsperspektiv lægger vægt på handlinger som rationelle og reflekterede samt på begrebet handlerum. Handlekompetence er en dannelsesproces, som fremmer evnen til at deltage i samfundet som kvalificerede og reflekterede aktører (Jensen & Schnack 1993). At opbygge handlekompetence vil sige at forbedre evnen til at handle på forhold, der har indflydelse på egen og andres sundhed, og måske derved forandre forholdene. Det indebærer, at individet eller gruppen får viden om sammenhænge mellem deres egen sundhed og den måde, de lever deres liv på samt de vilkår, der betinger sundheden. Derved kan de måske blive i stand til at se, hvordan deres sundhed kan være truet, samtidig med at de får viden om, hvordan de kan mestre, og dermed måske også forandre situationen, gennem viden om alternativer.⁹

De to metoder deler teoretisk tilgang, men der skal nedenfor redegøres for deres respektive teoretiske grundlag, idet metoderne i deres udførsel og anvendelse er forskellige både i teorien og i praksis.

6.2 Teoretisk grundlag for 'Du bestemmer'

Metoden er baseret på psykolog og adfærdsforsker Elisabeth Arborelius' arbejde med kommunikation og forebyggelse (Arborelius 2002 (1995)). Metoden bygger grundlæggende på en forestilling om, at sundhed er et valg, som kan motiveres gennem kommunikation. Kommunikationen skal tage udgangspunkt i den unges egen viden og ressourcer i erkendelsen af, at viden nok er nødvendig, men ikke tilstrækkelig til at påvirke adfærden. Den unges egen mening om sammenhængen mellem sundhed og livsstil er afgørende for sundhedsplejersken i arbejdet med denne metode. Metoden lægger op til, at sundhedsplejerskens rolle er at fremme den indre motivation gennem den unges selvbestemmelse, accept og bekræftelse af sine følelser. Det vil sige, at den unge skal være – eller blive – motiveret for forandringen. Denne forandring sker gradvist. Arborelius taler om forandringens stadier som et cirkulært forløb, der søger at indfange forandringens proces, som fører fra overvejelse til – i bedste fald - optimalt befæstet forandring eller tilbagefald eller udvej i utide. Forståelsen af forandringen som en proces fører til, at sundhedsplejersken kan vejlede den unge ud fra de problemer, han aktuelt står i, hvad enten det er overvejelse om at ændre adfærd eller tilbagefald.

Arborelius' arbejde og den videreudvikling af det, der ligger til grund for metoden i dag, præsenteres som et led i det kursus, hvor deltagerne indføres i metodens praksis. Albert Bandura er canadisk psykolog og nævnes i forbindelse med 'Du bestemmer' med begrebet 'self-efficacy' (Bandura 1995). Self-efficacy har ikke en dansk oversættelse, der er dækkende. Betydningen kan tolkes som 'forventninger

⁹ Glismann taler om dette som de fire vidensdimensioner (2004:15), der er væsentlige at inddrage, hvis man vil opnå handlekompetence: effekter, årsager, forandringer og visioner.

til egen virkekraft' (Glismann 2004) og kan forstås som følelsen af sikkerhed for at kunne mestre de situationer, man kommer ud i. Der er ikke blot tale om selvværd eller selvtillid, som snarere skal forstås som personlighedens 'grundsten'. 'Self-efficacy' derimod er bundet til handling og selvudvikling. 'Self-efficacy' udvikles gennem erfaringer med at kunne handle og opnå succes med handlingen, gennem vikarierende erfaringer (dvs. kendskab til og identifikation med andres og gennem andres tro på ens evner (Bandura 1995, Glismann 2004). 'Self-efficacy' opererer på individplan og kan kritiseres for at undervurdere den samfundsmæssige sammenhæng (Glismann 2004:15). Denne kritik er for så vidt også rammende for 'Du bestemmer', idet metoden kan give den enkelte en følelse af at have stor indflydelse på eget liv, hvilket jo ikke nødvendigvis er tilfældet. Den følgende beskrivelse bygger dels på deltagelsen i et kursus, dels på materiale om metoden, der udleveres på kurset.

Hovedprincipperne for metoden er frivillighed og vurderingsfrihed. Formålet med metoden er, at deltagerne gør sig klart, hvad sundhed er for dem og drager konsekvensen af dette. Den enkelte skal finde ud af, hvad der er vigtigt for ham eller hende i forhold til at have det godt, og beslutte sig for, hvad han/hun vil gøre for at opnå det. Sundhedsplejerskens rolle er at være vejleder eller sparringspartner (Dalsgaard m.fl. 2007).

6.2.1 Metodebeskrivelse

Et 'Du bestemmer' forløb strækker sig over 6 gange, 3 gruppemøder og tre individuelle samtaler. Gruppesamtalerne har til formål, at deltagerne reflekterer og udveksler meninger og erfaringer i forhold til et emne, de alle er optaget af. Grundtanken er, at gruppens medlemmer hjælper sig selv og hinanden ved at udveksle synspunkter og erfaringer, ved at give hinanden modspil og ved at etablere sociale relationer. Dette bygger på en antagelse om at stærke, støttende relationer øger sundhed og livskvalitet og mindsker sygelighed og dødelighed (Dalsgaard m.fl. 2007:4.1) Desuden er 'vikarierende erfaringer' vigtige for den personlige refleksion. Vikarierende erfaringer har at gøre med at lære gennem andres erfaringer og at opnå tillid til, at når andre ligestillede kan ændre på noget, så kan man også selv.

Den første gruppesamtale har til formål at afklare deltagerens opfattelse af egen sundhed, og det brede sundhedsbegreb introduceres. De to øvrige gruppesamtaler har ikke noget fast emne, men ofte vælges der et emne, som er vigtigt for gruppen. Emnet finder sundhedsplejersken ofte gennem de første individuelle samtaler. Emnet kunne f.eks. være mobning. Deltagerne deler deres erfaringer om mobning, og man søger i fællesskab at finde løsninger på de problemer, der kommer frem. Løsninger er dog ikke det eneste fokus, idet også de erfaringer andre bidrager med, er vigtige, ligesom det at blive hørt og forstået både af de øvrige deltagere og af sundhedsplejersken har betydning. Andre emner kunne være relationer, identitet, balancen mellem skole og fritid. Det kan også være deltagerne selv, der foreslår et emne.

De individuelle samtaler har til formål, at deltageren gør sig klart, hvordan han oplever sit liv lige nu og tager stilling til, om han er tilfreds eller ønsker en forandring – i så fald får han mulighed for at planlægge eventuelle ændringer og sætte sig personlige mål. Til dette formål anvendes nogle arbejdsark (se bilag 1-4), som deltageren udfylder, og som derefter fungerer som dagsorden for samtalen. Under det første møde arbejdes der med, hvad der er godt og dårligt i deltagerens liv, og der lægges potentielt en strategi for at arbejde mod et konkret mål. Et sådant mål kan fx være at reducere colaforbruget fra 1.5 liter om dagen til 0,5 liter, eller det kan

være at få et bedre forhold til en forælder, eller det kan være at tabe sig fem kg, eller måske at få sig en legeaftale med en anden fra klassen. Det kan synes minimalt succesfuldt at reducere colaforbruget, men selve erfaringen med at kunne ændre noget i livet, at kunne løse noget man selv finder problematisk, er det helt centralt i metoden. Det er således ikke vigtigt, hvad den enkelte vælger at arbejde med, men det er vigtigt, at han får en oplevelse af succes. Til den anden individuelle samtale arbejdes der med, hvad der får deltageren til at føle sig fri såvel som fastlåst, og desuden arbejdes der videre med strategien. Ved den tredje individuelle samtale arbejdes der, udover med strategien, med begreberne påvirkninger og indflydelse og deltageren evaluerer forløbet og sin egen indsats.

'Du bestemmer' stiller store krav til sundhedsplejerskens kompetencer, både fagligt og personligt, og det er da heller ikke alle, der bliver fortrolige med og gode til at bruge metoden, som en underviser forklarede. Det kræver indlevelse og rummelighed, at sundhedsplejersken kan møde deltageren på en tillidsvækkende og respektfuld måde - hvilket også indebærer respekt for, at den unge måske vælger at fortsætte en usund levevis, hvis der er et andet emne, han hellere vil tage fat i, fx relationer til forældrene. Det kræver også, at sundhedsplejersken kan reflektere og adskille sig selv og sine egne erfaringer og reaktioner fra deltagerens, og at hun kan opretholde den guidede samtale og ikke falde over i mere terapeutiske former. Måske vigtigst af alt kræver metodens praksis, at sundhedsplejersken tilegner sig en anden spørgeform end den lineære - en form, der stimulerer selv-refleksion og personlig ansvarlighed. I forhold til gruppeforløbet er det helt centralt at kunne stimulere dialogen for, at der kan ske udvikling.

6.3 Teoretisk grundlag for 'Aktive vurderinger'

Det teoretiske udgangspunkt for 'Aktive vurderinger' er udarbejdet af Louis Rath i 1960'erne i USA. Rath var en amerikansk universitetslærer og pædagog, der var stærkt inspireret af den pædagogiske filosof John Dewey's tænkning. Dewey var forkæmper for en reform af undervisning og læring og mente, at den autoritative form, baseret på prædefinerede sandheder, var alt for optaget af at levere viden, frem for at forstå elevernes erfaringer og inddrage disse i undervisningen. Han argumenterede for en mere eksperimentel læringsform, en 'hands-on' læring, hvor eleverne selv finder løsninger og svar, frem for at få dem anvist som sandheder. Han var som sådan ikke interesseret i, at eleverne nåede frem til et særligt resultat af deres anstrengelser, idet han mente, at den læring der var i selve processen var mindst lige så vigtig som resultatet (Honoré & Poulsen 2008).

Louis Rath udviklede i 1960'erne ideen om værdiafklaring ud fra hans erfaring som underviser om at vurderinger eller værdiafklaringer har betydning for individets udvikling. Han påpegede, at mennesker, der ikke tager stilling og er uden interesser, mål og holdninger, er svære at motivere og er usikre. De besidder med andre ord ikke handlingskompetence eller har mål, som de gør noget for at virkeliggøre. Gennem en undervisningsmetode baseret på en lyttende tilgang frem for en korrigerende og overtalende mente han at kunne få eleverne til at standse op og tænke efter: Hvad er det, jeg vil? Hvordan kan jeg gennemføre mine ideer? (ibid: 3). Værdiafklaring er ikke en intern, psykologisk proces, men noget, der foregår i samspil med andre. Målet er, at børn og unge skal lære at reflektere og foretage egne vurderinger og handlinger gennem øget bevidsthed om sig selv og deres omverden.

Udgangspunktet i metoden er deltagelse og medbestemmelse samt anerkendelse. Metoden indeholder en lang række praktiske øvelser, blandt hvilke sundhedsplejersken vælger nogle få til et undervisningsforløb med 'Aktive vurderinger'. Disse øvelser bindes sammen af sundhedsfaglige indlæg, hvor man tilstræber at arbejde ud fra princippet om efterspurgt viden.

Metoden er baseret på en opfattelse af, at sundhedsplejerskens rolle er at lægge op til refleksion gennem dialog. Rollen som ekspert er dermed reduceret, idet sundhed kan have mange betydninger. Individuelle tolkninger af sundhedsbudskaber er i centrum snarere end 'rigtige'/ officielle tolkninger, som det fremgår af undervisningsmaterialet, udleveret på kursus i metoden:

"Metoden inviterer til deltagelse i dialog omkring emner, der er forskellige holdninger til, og som har forskellig værdiladning for den enkelte. Sundhed har ikke nogen entydig og uomtvistelig værdi i sig selv..... Ved at anvende metoden 'Aktive vurderinger' bidrager vi til det enkelte menneskes refleksioner omkring forhold, der har betydning for deres liv og herunder deres sundhed. Metoden giver plads og forudsætter tolkning af sundhedsbudskaberne og adskiller sig derved fra kampagnerne" (ibid: 4).

6.3.1 Metodebeskrivelse

Metoden består af en lang række øvelser, hvor de deltagende tager stilling til dilemmaer eller udsagn gennem kropslig markering eller verbalisering; armene op og ned, med og uden lukkede øjne, flytte sig fra stol til stol eller fra hjørne til hjørne med mulighed for at uddybe holdninger, gennem skrive-/tegneøvelser eller andre måder at bringe emnet i spil. Øvelserne er beskrevet i undervisningsplaner, der findes i mapper rundt omkring på sundhedsplejekontorer i de kommuner, hvor metoden anvendes. Sundhedsplejersken kan lade sig inspirere af andres, allerede afprøvede undervisningsplaner og dermed undgå at "skulle opfinde det hele hver gang" (underviser på kursus i 'Aktive vurderinger' sept. 2008).

Louis Rath's har opstillet syv kriterier, der skal sikre, at der i metodens praksis lægges op til et bevidst valg, der bygger på en aktiv vurdering – altså at ovenstående karakteristika konkretiseres:

1. der skal være tale om et frivilligt valg
2. man træffer et valg blandt flere alternativer
3. man tager hensyn til konsekvenserne ved hvert alternativ
4. man skal være tilfreds med og stolt over sit valg
5. man skal kunne fortælle åbent om, hvad man tænker og synes
6. man skal handle ud fra sit valg
7. man gentager handlingen ofte, dvs. er konsekvent overfor sine valg, indtil man igen laver en aktiv vurdering. (Honoré & Poulsen 2008: 6)

Disse 7 kriterier ligger til grund for udarbejdelse af undervisningsplaner, som er en del af planlægningen af undervisningen. Undervisningsplanerne beskriver dels de øvelser, sundhedsplejersken har valgt skal indgå og indeholder af faglige in-put og relevant faktaviden, som sundhedsplejersken kan få brug for undervejs i undervisningen.

Også 'Aktive vurderinger' stiller krav til sundhedsplejerskens kompetencer. Først og fremmest skal hun opgive sin ekspertrolle som den, der ved bedst og mest og i stedet skabe en ramme for læring som en social proces, der bygger på såvel både kognitive som affektive processer. Det vil sige, at barnet/den unge skal mødes med respekt, interesse og forståelse, uanset hvilke valg han eller hun foretager. Metoden er ikke moraliserende, sundhedsplejersken skal være åben og anerkendende og fremme dialogen blandt deltagere, ved at få dem til at lytte til hinanden, mens hun supplerer med faktuel viden. Det er disse elementer, der skal igangsætte en refleksion, der tænkes fortsat udover mødet.

Anerkendelsen spiller en vigtig rolle i metoden og er en underliggende værdi. Ved at anerkende vækkes den enkeltes selvfølelse, hvilket medvirker til identitetsdannelse. Anerkendelsen udspringer af oprigtig nysgerrighed ved, at man lytter og prøver at forstå den anden, frem for at moralisere over deres handlinger og meninger og komme med gode råd og anvisninger. Rent praktisk anerkender underviserne fx også det enkelte barn, blot ved at sige personligt goddag til hver enkelt deltager og ved at bruge deres navne i hele undervisningsforløbet, som vi skal se i beskrivelserne af forløb i næste kapitel.

7 Metodernes vej ind i sundhedsplejen

Det vurderes, at uddannelse i de to metoder giver sundhedsplejerskerne en mulighed for at øge den pædagogiske viden og kunnen, som deres uddannelse til sundhedsplejerske har bidraget med. Det er enkle metoder, der kan skabe øget inddragelse af modtageren. Metoderne anses generelt af sundhedsplejerskerne for at være velegnede til at ændre på børns adfærd, idet de fremmer den indre motivation ved ikke at være styrende og kontrollerende, og i stedet lader barnets egne valg være i fokus. Men de udgør også en udfordring for sundhedsplejersken. Især 'Du bestemmer' diskuteres af sundhedsplejerskerne som en udfordring for faglig identitet og udvikling, fordi metoden styrker den sundhedsfremmende tænkemåde, som kan være vanskelig for sundhedsplejersken at integrere:

"Det er hele tankegangen, der skal ændres, ...vi skal aflæres alt det, vi har lært: at vi ved bedst..." (sundhedsplejerske på kursus i 'Du bestemmer', aug. 2008).

Udfordringen opleves anderledes i forbindelse med 'Aktive vurderinger', fordi konkret sundhedsfaglig eller medicinsk viden her kan spille en større rolle. Derfor virker metoden mindre forskellig fra den kendte praksis. Diskussionen undervejs i kurset, mellem deltagerne, handler dog på samme måde om, hvor svært det er at slippe forestillingen om, at sundhedsplejersken ved bedst:

"Jeg plejer jo at tænke [ved hjælp af en] tjekliste: Hvordan skal jeg nu sikre, at de får den viden, de skal have og har brug for?" (sundhedsplejerske på kursus i 'Aktive vurderinger', sept. 2008).

Eftersom 'Aktive vurderinger' eksplicit giver bedre mulighed for at inddrage konkret sundhedsfaglig viden, såsom viden om kroppens forandringer i puberteten eller nikotinets indvirkning på kroppen, bliver udfordringen især at få denne viden og metoden til at spille sammen snarere end at afløse hinanden:

"Du tænker: Jeg har den her viden, som de skal have. Men når du kører på medinddragelsen, så bruger du [børnenes] erfaringer, og så kan du bygge ovenpå... og du får sagt det hele alligevel..." (underviser på kursus i 'Aktive vurderinger', sept. 2008).

Både 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' udfordrer således den faglige viden og identitet, om end på lidt forskellig vis. Kurserne i metoderne tilstræber at lære sundhedsplejersken at give slip i forhold til at ville nå et bestemt, konkret, målbart resultat af sit arbejde samtidig med, at hun evner at fastholde sin faglige stolthed på en anden måde end ved, at det lykkes at få den unge til at tabe sig eller at holde op med at ryge. Metoderne har anerkendelse og handlekompetence i centrum; målet som sådan er ikke at adfærdsmodificere, men at give deltagerne en oplevelse af at komme til orde i deres eget liv.

7.1 'Du bestemmer' kursus

'Du bestemmer' læres på et tre-dages kursus, som er praksisorienteret og bygger på to implicite antagelser: For det første at det brede sundhedsbegreb er internaliseret og integreret i sundhedsplejerskens praksis, og for det andet at sundhedsplejersken har modet til at give slip på sin ekspertrolle:

"Det er simpelthen så svært at holde sin mund! Det kræver mod, fordi man ikke ved, hvor man ender, og hvilken rolle man har... eller hvad det er for problemer, man vil blive præsenteret for..." (sundhedsplejerske på kursus i 'Du bestemmer', sept. 2008).

På kurset læres metoden gennem den personlige erfaring. Selvom deltagere kan have svært ved at leve sig ind i metoden gennem egen deltagelse, da de ikke nødvendigvis har lyst til at dele deres personlige problemer med en kollega, oplevede flere, at når de først kom i gang, blev de "trukket ind" i metoden og udøvede den. Kursisterne oplevede, at de ikke kunne lade være med at bruge de forskellige øvelser og de tilknyttede ark i relation til deres egne liv. Denne personlige erfaring af metodens praksis og umiddelbare virkning var fremmede for interessen for at komme til at anvende metoden i hverdagen. Undervisere i metoden peger på, at modet til at prøve selv er en af de faktorer, der spiller ind på, om man bliver en god praktiker.

7.2 Kursus i 'Aktive vurderinger'

Kurset i 'Aktive vurderinger' varer ligeledes tre dage, og deltagere får også her lov til at afprøve en lang række af øvelserne "på egen krop". Øvelserne går dog ikke i samme grad tæt på den enkeltes personlige liv, selvom det er meningen, at oplevelsen af at deltage aktivt i øvelserne skal reflektere den måde, børnene/de unge oplever det.

7.3 Eksemplarisk undervisning

Kurserne i både 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' tager altså udgangspunkt i eksemplarisk undervisning, dvs. at man afprøver de enkelte elementer i metoderne selv, og dermed får en oplevelse, der er tilnærmelsesvis parallel til børnenes kommende erfaring. Når sundhedsplejerskerne har været på kursus, og derefter ønsker at anvende metoderne i deres praksis, er det fremmede, hvis kolleger allerede har erfaring med metoden og kan bistå ved at supervisere den nyudlærte. Det fremhæves af såvel undervisere og af nye og erfarne praktikere, at to samarbejdende sundhedsplejersker i et forløb fremmer den faglige udvikling og øger kvaliteten af det udførte arbejde. Udførelsen af begge metoder kræver tid til både forberedelse og selve processen; især 'Du bestemmer' er tidskrævende, fordi metoden både indebærer gruppemøder og individuelle samtaler, og strækker sig over et par måneder.

Som nævnt deler 'Aktive vurderinger' i udgangspunktet teoretisk grundlag med 'Du bestemmer', idet også denne metode er sundhedsfremmende. Men mens 'Du bestemmer' både har et sundhedspædagogisk og et mere terapeutisk sigte, holder 'Aktive vurderinger' sig til det pædagogiske sigte, og der er ingen individuelle samtaler med eleverne.

Muligheden for at planlægge og/eller udføre forløb sammen med en kollega synes at være en afgørende faktor i forhold til begge metoders anvendelse i praksis. To af de samarbejdende sundhedsplejersker, der indgår i nærværende undersøgelse, formulerede det klart:

"Uden den støtte, vi giver hinanden, kunne vi ikke holde til det (at lave 'Du bestemmer'- forløb). Vi har brug for at have tid til en gang imellem at snakke de svære forløb igennem, og til at støtte hinanden i, at det er rigtigt, det vi gør, også rent etisk. Vi bruger selvfølgelig også tid på de

gode historier – det er jo dem, der bringer os videre!” (sundhedsplejersker, Region Sjælland).

Det synes også at være en fordel at sende flere kolleger på kursus sammen, idet sundhedsplejerskerne derved kan støtte hinanden i at komme i gang i praksis bagefter. Det bidrager også til at sikre, at de kommer ind i et netværk af sundhedsplejersker, der allerede anvender metoderne. Sundhedsplejersker arbejder dog ofte ret isolerede på hver sin skole, og det synes ikke helt enkelt at etablere et samarbejde på tværs af flere skoler.¹⁰

7.4 Tid og ressourcer

Skolearbejdet er kun en del af sundhedsplejerskens arbejde, og i undersøgelsen viser det sig ofte at blive nedprioriteret fordel for småbørnsarbejdet: ”Man udsætter jo ikke et besøg hos en nyfødt”, som én sagde det (sundhedsplejerske, København). Når der er travlhed og en følelse af ikke at kunne nå det hele, skæres sundhedssamtalen i skolen ned til screening, der ses som et minimum – også selvom en samtale med barnet om, hvordan han/hun har det, i samme åndedrag angives som dét, man helst vil bruge tiden til. Sundhedsplejerskens konkrete arbejdsliv er ifølge faggruppen selv dårligt beskrevet i virksomhedsplaner o.l., og der er mange opgaver, som ”ikke regnes for noget”. I hverdagen går der megen tid med den generelle kontakt med og hjælp til børnene:

”[Der er fx] ventetiden, når man har en aftale med et barn, og det at man selv må ud og finde dem [på skolen], at en har slået sig, eller har fået at vide, at forældrene skal skilles – problembørnene er man jo også ofte i kontakt med: Der skal måske følges op med vejledning eller en snak om trivsel” (sundhedsplejerske, København).

Alle disse små ting hører med til at opfylde de overordnede formål med arbejdet, men de gør det også svært at finde tid til at lave ’Aktive vurderinger’ eller ’Du bestemmer’.

¹⁰ Der vil dog blive præsenteret et eksempel nedenfor på, hvordan man i en kommune har fire sundhedsplejersker, som tager sig af al seksualundervisning i 8. klasserne i kommunen.

8 Empiriske eksempler på metodernes praksis

Efter redegørelsen for både metodernes teoretiske baggrund og deres vej ind i sundhedsplejen skal der se nærmere på den konkrete praksis af metoderne i forskellige sammenhænge. De følgende eksempler eller cases er udvalgt i det materiale, den kvalitative del af undersøgelsen har frembragt. Eksemplerne er udvalgt med henblik på at illustrere bredden i anvendelsen af metoderne og deres betydning for de involverede sundhedsplejersker og børn.

Formålet med dette kapitel er således at konkretisere den praksis som undersøgelsen har til formål at kvalificere. Der er ikke nødvendigvis tale om repræsentative eksempler på metodens praksis, idet fokus her er at demonstrere den variation og kompleksitet, der præger praksis. Desuden søges den måde, metodernes praksis formes af den virkelighed de indgår i, indfanget i de udvalgte eksempler. Uoverensstemmelserne og den manglende ensartethed i metodernes praksis i forhold til 'prototypen' har været udvælgelseskriteriet, mere end repræsentativitet. Ved at tale om og iagttage praksis opnås indsigt i, hvordan metodernes praktiseres og hvorfor. Nedenstående eksempler tjener til at stykke et billede af en virkelighed sammen, en virkelighed, der viser, hvordan metoderne aktuelt anvendes og virker ind på sundhedsplejerskers og børns erfaringer.

Spørgsmålene, der søges besvaret i det følgende, er følgende: Hvad vil det konkret sige at anvende metoderne? Hvordan taler sundhedsplejerskerne om dem? Hvordan udlægger de deres kontekst og betydning?

8.1 'Aktive vurderinger' i praksis

8.1.1 Trivsel i tredje klasse

Børnene, der går i 3. klasse, ankommer til det klasseværelse, hvor aktiviteten skal foregå. Sundhedsplejersken tager imod dem ved indgangen, ser dem i øjnene og spørger om deres navn, hvorefter de får et klistermærke med navnet på brystet. De sætter sig på stolene, der er arrangeret i en rundkreds. De virker spændte. Deres klasselærer er også til stede, og børnene opfordrer hende til at sidde med i kredsen.

Emnet er trivsel, og sundhedsplejersken har formuleret problemet således:

"Når klassen trives dårligt, skaber det problemer som mobning, gruppedannelse, manglende forståelse/indlevelse for hinanden, samt dårlig trivsel for den enkelte".

Det er klasselæreren, der har bedt sundhedsplejersken "gøre noget ved" klassens problemer med trivsel.

Sundhedsplejersken formulerer målet for dagen i sin undervisningsplan således:

"At børnene får øvet sig i at lytte til hinanden, at børnene får sagt deres synspunkter højt, og derved får forståelse for hinandens forskelligheder, at børnene oplever at alles holdninger/meninger er værdifulde/tilladte, og at klassen får en oplevelse af, at sproget/tonen har betydning for deres selvopfattelse og for trivslen i klassen – og at de dermed selv har indflydelse på klassens trivsel".

Sundhedsplejersken indleder med at sige, at hun har glædet sig til at være sammen med klassen, og hun introducerer emnet:

"Vi skal snakke om, hvad I tænker om, hvad der er en god klasse og en god klassekammerat. I skal fortælle, hvad I tænker, lytte til hinanden, og I skal gøre det hele på en lidt anderledes måde".

Den første øvelse er en 'tavleøvelse': Alle børn bliver bedt om efter tur at sige, hvad de mener, en god klassekammerat er. Det noteres undervejs af sundhedsplejersken på tavlen. Hvert barn må sige én ting. En enkelt af drengene kan slet ikke finde på noget og bliver tydeligt nervøs. Han får lov til at blive sprunget over. Tavlen fyldes med udsagn som "man må ikke drille", "man må ikke slå", "en god ven er en, man kan stole på", "man skal ikke skændes" osv. Sundhedsplejersken tager fat i skænderi og spørger: "Hvordan man kan undgå det?" og "Hvad gør man, når det alligevel sker?" Børnene vil gerne komme med eksempler – dog ikke alle, nogle virker bange for at sige noget.

Den næste øvelse er "Stolen". Børnene skal bytte plads, hvis de ikke er enige i de udsagn, der kommer, og blive siddende, hvis de er enige. Der bliver leet, og det synes forløsende at bevæge sig. Den næste øvelse er "Ja-nej", hvor børnene svarer på sundhedsplejerskens spørgsmål ved at række armene op for "ja", ned for "nej", og lægge dem foran brystet for "ved ikke". Spørgsmålene er meget blandede, nogle objektivt relevante i forhold til problematikken der er i fokus, andre tjener tilsyneladende et andet formål. De første af spørgsmålene lyder:

- "Det er sjovt at være i Bon Bon-land"
- "Is smager godt"
- "Det er vigtigt at være en god ven"
- "Det er ikke rart at blive mobbet"

Efter den første del af spørgsmålene beder sundhedsplejersken børnene om at lukke øjnene og fortsætte som før, og hun nævner for dem, at hun holder øje med at alle holder øjnene lukkede. Øvelsen afsluttes med, at sundhedsplejersken spørger til, om der var forskel på at have åbne eller lukkede øjne. Nogle af børnene synes, det var bedre med lukkede øjne for "så kunne de andre ikke se, hvad jeg svarede".

Næste øvelse er "På linje", og børnene skal vælge et ståsted mellem 1 og 4 i forhold til spørgsmålet: "Hvor vigtigt er det at tale pænt til hinanden?". Børnene bliver spurgt, hvorfor de har stillet sig, som de har, og de begrundes med meget konkrete udtalelser, og nævner fx navne på dem, der driller eller mobber. Det næste spørgsmål er: "I din klasse føler du dig fra 1 "Super godt tilpas" til 4 "Dårligt tilpas". Børnene stiller sig igen i fire grupper, og stilles igen spørgsmål såsom: "Kunne du være med til, at andre i klassen kommer til at føle sig bedre tilpas i klassen?" og "Hvad skal der til for, at du kunne gå hen på 1 eller 2?".

De sidste to spørgsmål i øvelsen var "Synes du, der er for det meste er ro eller larm i klassen?" og "Hvor meget er du selv med til at bestemme, hvor godt I har det i klassen?" Børnene har svært ved at lytte til hinanden, når der er gået lidt tid. Sundhedsplejersken undlader at spørge alle til hvert spørgsmål, men sikrer sig at alle er blevet spurgt om deres refleksioner i forhold til i hvert fald et enkelt af spørgsmålene.

Dagens sidste øvelse er "Anerkendelsesrunden". Børnene sætter sig tilbage i kredsen fra begyndelsen, og de får en sten, som de skal give videre til den næste, når de har sagt "en ting som er rart ved at gå i klassen". Nogle har svært ved at

finde på noget at sige, men der kommer mange gode ting frem, og stemningen er rar. Sundhedsplejersken spørger afslutningsvist, hvad børnene synes om at lytte til hinanden. Hun opfordrer dem til, at de tænker lidt videre over det, og måske fortæller mor og far om, hvad de har oplevet. Hun siger farvel ved at pointere, at det har været godt og spændende at være sammen med klassen (Forløb med 'Aktive vurderinger', okt. 2008).

Dette forløb af 'Aktive vurderinger' var "efter bogen" i den forstand, at den fulgte de formelle forskrifter for metodens anvendelse. Sundhedsplejersken havde netop været på kursus og var meget begejstret for metoden. Hun følger anvisningerne nøje og angiver også efterfølgende, som argument for hvorfor hun gjorde, hvad hun gjorde, "at det var jo sådan, de sagde på kurset". Hun havde udarbejdet undervisningsplanen sammen med en kollega. Hun kunne godt tænke sig at bruge metoden mere, men følte sig presset af manglende ressourcer, især tid. Hun oplever en glæde ved at kunne give børnene noget med hjem; en refleksion, i forhold til et problem, der ikke er ligetil at besvare med fakta. Hun forestiller sig, at "man skubber til noget, at de tænker videre, fx over, hvad de selv kan gøre for at få det bedre i klassen", Hun ser det som en mulig erstatning for sundhedssamtalen – i hvert fald hvis børnene ved, at "døren hos sundhedsplejersken er åben for dem", forstået på den måde, at de altid kan komme til sundhedsplejersken med deres individuelle problemer.

Der er imidlertid forskel på emnerne i sundhedssamtalen og ved 'Aktive vurderinger'. Med hensyn til nogle emner finder sundhedsplejersken, at videregivelse af konkret sundhedsfaglig viden ikke er til at komme uden om:

"Jeg tror, jeg [i sundhedssamtalen] får givet dem mere viden om, hvad der er rigtig og forkert ... og jeg har behov for, at de får den viden, fx om kropslig udvikling. Men jeg synes ikke, det er et dilemma: jeg bruger begge sider af min faglighed. Med nogle problematikker er det mere oplagt, at fakta fylder [mest], pubertet fx. Det hjælper [heller] ikke kun at snakke om, "hvad føler du ved, at du er for tyk": det er da vigtigt, at de får noget viden om kost" (sundhedsplejerske, København).

Ovenstående eksempel tjener til at demonstrere, hvordan et forløb kan være, når det er "regelret".¹¹ Sundhedsplejersken havde udarbejdet en undervisningsplan specifikt til dette forløb, baseret på de 7 kriterier og bestående af en række øvelser. Forløbet demonstrerer ikke dilemmaet med at "tænke check liste", som ellers prægede sundhedsplejerskernes diskussion på kurset. Den sundhedsfaglige viden om trivsel blev i det efterfølgende interview af sundhedsplejersken karakteriseret som "mere blød", og forløbet var sat sammen på en måde, der ikke lagde op til at fakta om trivsel skulle indgå.

De øvrige forløb med 'Aktive vurderinger', der indgik i undersøgelsen var mere eller mindre improviserede i forhold til metoden, som følgende eksempel illustrerer.

¹¹ Undervisere på kurset talte dog om at opfølgning er vigtig. Der var ikke planlagt nogen opfølgning på dette forløb, hvilket naturligvis begrænser eksemplets status som det helt regelrette.

8.1.2 Pubertet i 5. klasse

Pubertetsundervisning for henholdsvis piger og drenge i en 5. klasse på en skole på Sjælland foregik ved, at klassen var kønsopdelt. Øvelserne, der indgik, var "Ja - nej" som beskrevet ovenfor, og "På linie" med spørgsmål som "Hvornår kommer man i puberteten?", "Kan drenge få bryster?", "Hvordan er det at tale med jeres forældre om puberteten?". Brainstorm/tavle-øvelsen indgik ligeledes, med et enkelt ord i centrum, nemlig pubertet. I forhold til dette ord blev en lang række aspekter nævnt – de fleste dog af fysisk karakter, såsom sved, behåring, menstruation, bryster og bumser for pigerne, mens drengene havde "tissemanden vokser", "kugler" og "skæg" med. Sundhedsplejersken skaber med spørgsmål som "Hvorfor tror I, man får bumser?" et behov for viden, og leverer så, hvad der kan forstås som efterspurgt viden. Der er megen fokus på sundhedsfaglige forklaringer. Hormonerne forklarer både bumser og humørsvingninger, en tegning af kønsorganerne bruges til at forklare menstruation for pigerne og reproduktion for drengene. Der fremvises hygiejnebind og tamponer både for piger og drenge, men reaktionen på dem er naturligvis forskellig. Drengene bliver spurgt om intimhygiejne og melder klart og utvetydigt tilbage: "Det snakker vi sgu ikke om her!". Sundhedsplejersken får alligevel forklaret sine pointer – og der er stille. Sundhedsplejersken er hele tiden meget nærværende, og der er en god kontakt i den lille og dermed overskuelige gruppe af børn. Forløbet sluttet med et spørgeskema med 'multiple choice': "Test din viden".

Øvelserne bliver ret forskellige i de to forløb med henholdsvis piger og drenge. Spørgsmålene er de samme, men der bruges megen tid hos drengene, fordi de er mere urolige. Det betyder, at der ikke er lige så megen tid til den sidste del af programmet, men sundhedsplejersken forklarer, at hun altid arbejder improviseret, "ad hoc" – hvis der går for megen tid, springer hun en øvelse over. Nogle gange vil børnene gerne tale om følelser og andre gange er det andre ting, der er vigtige for dem, og sundhedsplejersken mener, at det vigtige er deres opmærksomhed, "så skidt med, om jeg ikke når det hele".

Den pågældende sundhedsplejerske har mere erfaring med at arbejde med metoden, og hun forholder sig mere frit til den. Hun lægger hovedvægten på kontakten med børnene, og føler sig også inspireret af 'Du bestemmer', som hun tidligere har været på kursus i, med dens særlige åbne og anerkendende spørgeteknik (mere herom nedenfor). Hun vil gerne i højere grad lade børnene vælge, hvad de skal tale om, men som hun siger:

"Metoden 'Aktive vurderinger' lægger jo op til, at jeg bestemmer, hvem der deltager, og emnet, og at jeg definerer målet. Jeg prøver at gøre det holdningsafklarende, men der er også meget fakta viden".

Denne tilgang med at forholde sig mere frit og 'plukke' fra metoden synes mere udbredt blandt de mere erfarne sundhedsplejersker i undersøgelsen. De argumenterer for, at man som sundhedsplejerske finder den metode eller de elementer fra forskellige metoder, man selv synes, man bedst kan bruge. "Metoden er ikke vigtig, når bare vi opnår en god kontakt med børnene, og det rykker noget for dem på holdningssiden", som en ledende sundhedsplejerske i undersøgelsen udtrykte det. Flere giver udtryk for, at det vigtigste element i 'Aktive vurderinger' er holdningsbearbejdelsen, da det ikke altid er mere viden, der er brug for, men derimod at få styrket sin evne til at tage stilling og handle reflekteret. Dette gør sig i særdeleshed gældende blandt de ældre børn.

Det sidste eksempel på den praktiske brug af 'Aktive vurderinger' tydeliggør den tendens, vi allerede aner: Når sundhedsplejersken har lært og afprøvet en ny meto-

de, integreres metodens redskaber i en værktøjskasse, hvorfra sundhedsplejersken vælger elementer svarende til sin personlighed og den gruppe af børn, hun konkret skal have med at gøre.

8.1.3 Kærlighed og sex i 8. klasse

Kærlighed og seksualitet var temaet for et forløb i en 8. klasse. Programmet varer længere end de to første eksempler, idet man her sætter tre timer af. Der er fire sundhedsplejersker i kommunen, som laver dette særlige temaforløb, og de er altid to ad gangen om at gennemføre det. Programmet er veltilrettelagt og rummer en del 'Aktive vurderinger' øvelser, men også andre elementer, blandt andet fra materiale fra foreningen "Sex og Samfund", internetbrevkasser for unge og Sundhedsstyrelsens præventionsguide.

Programmet begynder med en præsentation af dagens indhold. Det første emne er "kæresten" og begynder med øvelsen "Stolen", hvor de unge skal rejse sig, hvis de er enige i de udsagn sundhedsplejersken nævner, såsom "Venner er vigtigere end kæresten" og "Det kan være svært at sige nej til en kæreste". Dette følges op af en debat i klassen, baseret på spørgsmål formuleret af sundhedsplejersken. Dernæst laver man "De 4 hjørner", en øvelse af samme karakter som "På linie", hvor de unge skal tage stilling til, hvad man gør, når man slår op med en kæreste. Enkelte af de unge spørges om deres begrundelse for dette valg, og der følges op med lidt "voksen viden" om, hvad der gør, at man bliver ked af det. Dernæst præsenteres cases fra "Sexlinjen" og "Center for Sex og Sundhed". Disse har form som brev-kassespørgsmål, og de danner grundlag for yderligere debat i klassen om kæresteproblemer. Den sidste del af emnet "kæresten" handler om at stoppe et kæreste-forhold, hvorefter emnet bliver "den første gang", (altså første gang, man har sex). Her starter eleverne med en "På linje"-øvelse om, hvornår unge i Danmark begynder at have sex. Den følges op af statistik på en overhead, og det fremgår, at der er stor forskel på de unges forestillinger og fakta. Herefter følger et kønsopdelt gruppearbejde, hvor der arbejdes med at beskrive 10 trin frem til "den første gang", fra figurerne "Henrik" og "Pia" mødes og bliver interesserede i hinanden til deres "første gang". Det er vigtigt, at de unge forholder sig til Henrik og Pia, så det ikke bliver for personligt. Det er en tidskrævende øvelse (30-45 min.), eftersom grupperne skal skrive deres "plan" for de 10 trin på tavlen, og den diskuteres ved hjælp af forskellige spørgsmål til pigerne, som eksperter i at være piger, og tilsvarende for drengene. Først til sidst får grupperne lov til at kommentere hinandens planer, og det diskuteres, hvad forskelle og ligheder betyder, og hvordan de divergerende forventninger kan være svære at håndtere.

Derefter føler en case om en pige, "der er for snæver"(vaginalt), og de unge bliver bedt om to og to at diskutere, hvad pigen skal gøre. Sundhedsplejersken spørger, hvordan en dreng kan finde ud af, om en pige er klar (– og der bliver ganske stille i klassen), hvorefter der forklares om forspil og lyst, og når man bare føler, man skal, men ikke er rigtigt forelsket. Så følger endnu en øvelse "Stolen" med emnet porno. Øvelsen afføder megen latter. Spørgsmålene omhandler næsten alle porno, ikke som ovenfor i eksemplet om trivsel, hvor der både var objektivt relevante spørgsmål og andre. Her er det fx.:

- "Det er normalt at se porno"
- "Det er nemt at få fat i porno"
- "Drenge ser mere porno end piger"
- "Man kan lære noget af at se porno"
- "Drenge kender ikke forskel på porno og virkelighed"

- "Man kan tale med sine forældre om porno"

Derefter deles klassen i fire grupper, som skal besvare spørgsmål om prævention ved at slå op i "præventionsguiden". Herefter deles attrapper i flamingo-plastic ud, og de unge øver sig i at sætte kondomer på. Dette afføder især for drengene en del latter, og nogle laver sjov med at trække kondomet på hånden, men det virker alligevel som om de synes, det er godt at prøve. Til sidst gennemgås kønssygdomme ud fra et skema på overhead, og det følges op med en quiz om samme emne, der skaber spontan og engageret debat i klassen om, hvad der er rigtigt. Til slut bedes eleverne evaluere forløbet, og der udleveres links til internet-sider om sex-oplysning.

Forløbet er meget dialogpræget, og det skaber tydeligvis megen eftertænkning blandt de unge. Øvelserne og de mange skiftende aktiviteter får dem med og de er hele vejen igennem opmærksomme og koncentrerede. Evalueringen er meget positiv, de mener stort set alle, at have fået større viden om emner, der indgik i forløbet.

Disse tre eksempler viser nogle af de forskellige sammenhænge metoden 'Aktive vurderinger' anvendes i både emnemæssigt og med hensyn til alders- og klasstrin. De viser også variationen med hensyn til, hvordan metodens elementer indgår i forløb, der er mere eller mindre "efter bogen". Eksemplerne viser, hvordan sundhedsplejersker improviserer alt efter målgruppe og egne personlige kompetencer.

Børnene synes at være engagerede undervejs i alle eksemplerne, og det kropslige element i øvelserne synes at fremme engagement og koncentration. Også måden, der stilles spørgsmål på, synes at åbne for ærlige og tilsyneladende reflekterede svar, helt ned på 3. klasstrin. Det synes klart, at børnene oplever at blive engagerede i de emner, forløbene handler om, og dermed kan man antage, at de i hvert fald "får noget med hjem" – det er i det mindste også en antagelse, som flere af undersøgelsens sundhedsplejersker argumenterer for.

8.1.4 'Aktive vurderinger' som sundhedsfremme

Metodens mediering mellem forebyggelse og sundhedsfremme fremgår af disse eksempler, hvor det bliver klart, at den faglige viden ved hjælp af metoden kan præsenteres, når den er efterspurgt af børnene, frem for autoritativt og moraliserende. Den formelle, faglige viden kan indgå i refleksioner og diskussioner med børnene på en måde, som sandsynligvis har indflydelse på deres valg og beslutninger, fordi børnene aktivt deltager i processen. Metoden synes således at kunne rumme dilemmaet mellem sundhedsfremme og forebyggelse, som tidligere diskuteret. kontekst. I 'Aktive vurderinger' viser fagligheden sig på den ene side i bestræbelsen på at arbejde *sundhedspædagogisk* – det handler om at formidle viden på et didaktisk reflekteret niveau, der lader det konkrete sundhedsfaglige komme frem som 'efterspurgt viden' i en dialogbaseret formidling frem for i foredragsformen. På den anden side viser fagligheden sig i det *sundhedsfaglige*, og sundhedsplejersken har et i undervisningsplanen eksplicit mål om at påvirke børnenes holdning i en på forhånd defineret retning – en retning, der har sygdomsforebyggende såvel som sundhedsfremmende karakter.

Metoden lægger op til, at børnene skal have et grundlag for at træffe et 'informeret' valg. Børn forstås således som aktører, som ikke nødvendigvis er i stand til selv at ændre grundlæggende på deres liv / livsomstændigheder, men som i hvert fald evner at reflektere på et givent niveau, som undervisningen tilpasses. Denne refleksion antages at føre til en (ændret) holdning, som siden fører til ændret adfærd.

Den sundhedsfaglige målsætning går hånd i hånd med målet om at udvikle handlekompetence, og metoden kan derved siges at være både forebyggende og sundhedsfremmende, jf. definitionerne ovenfor. Den sundhedsfaglige målsætning, som defineres i undervisningsplanen, etablerer dog sundhedsplejerskens position som eksperten, og den definerer også, hvad der kategoriseres som (rigtig) 'viden'.

Det kan diskuteres, hvad den enkelte får ud af undervisningen med 'Aktive vurderinger', i hvert fald hvis der ses på udbytte som ændret adfærd. Det vurderes, at den eneste metode med nogenlunde sikkerhed har indflydelse på, er barnets viden, betydningforståelser og fortolkninger. Man kan derfor argumentere for, at metodens effekt på børns (sundheds)adfærd er ukendt, hvilket dog ikke er det samme som at antage, at der ingen effekt er. Det synes netop at være et karakteristikum ved disse sundhedsfremmende metoder, at effekten ikke kan måles på konkrete indikatorer såsom vægttab og rygeophør alene.

8.2 'Du bestemmer' i praksis

'Du bestemmer' lægger op til en noget anden praksis, selvom der som nævnt kan drages paralleller mellem de to metoder på et teoretisk grundlag. For at præsentere metoden fyldestgørende vil der som ovenfor blive inddraget tre eksempler på forløb, der er ret forskellige i forhold til den praksis, der blev introduceret til på kurset. Som det gælder for 'Aktive vurderinger' finder også redskaber fra 'Du bestemmer' vej ned i sundhedsplejerskens faglige værktøjskasse, og den "rene, ligeefter-bogen"-praksis findes kun sjældent.

8.2.1 'Du bestemmer' som individorienteret metode

Eksemplet her stammer fra en kommune på Sjælland, hvor der er et politisk ønske om at etablere gode tilbud for overvægtige borgere, såvel børn som voksne. Som led i dette har to sundhedsplejersker fået muligheden for at lave et fuldstændigt 'Du bestemmer' forløb. Projektet faciliteres i et samarbejde mellem kommunens forebyggelsesafdeling og ungdomsskolen, og sundhedsplejerskerne er købt fri fra deres daglige arbejde som sundhedsplejersker i kommunen.

8 unge mennesker mødes i et ungdomshus i en sjællandsk by en tirsdag eftermiddag. Der er 4 piger og 4 drenge, nogle synligt, men moderat overvægtige, andre tilsyneladende normalvægtige. De har alle meldt sig til denne gruppe ved at tage kontakt til sundhedsplejersken på baggrund af annoncering om gruppen, som henvender sig til overvægtige unge mellem 13 og 18 år, og som giver mulighed for at "arbejde med den enkelte unges forhold til trivsel og livskvalitet", – altså på den individuelle plan. Således præsenteres det i annonceringen. Her pointeres det videre, "at den enkelte unge kommer således i centrum, og får mulighed for at klargøre sit eget forhold til trivsel og livskvalitet samt arbejde med konkrete målsætninger".

De unge sidder rundt om et bord, og sundhedsplejersken sidder i den ene ende. Hun har medbragt en flip-over. Børnene præsenterer sig, og sundhedsplejersken specificerer reglerne i gruppen; fortrolighed, respekt, at blive lyttet til, slukkede mobiltelefoner, at melde afbud hvis man ikke kommer. Den første øvelse er et skema, som giver børnene mulighed for at vælge mellem en masse svarmuligheder på spørgsmålet: "Jeg er en, der..." Børnene får lov at sige højt, hvad de har valgt og nogle vælger det, de er gode til, mens andre vælger at fokusere på deres måske knap så gode/sunde egenskaber, som f.eks. "Jeg er en, der gør mig til for andre". Der kommenteres ikke fra hverken sundhedsplejerske eller de andre deltagere på børnenes valg.

Efter denne øvelse tager sundhedsplejersken en flip-over og lader børnene byde ind på, hvad de synes sundhed er. De svarer først i kategorien kost, dernæst motion, men så kommer de, lettere superviseret af sundhedsplejersken, til kæledyr, at være social, at grine, at blive mødt med respekt, at have en hyggelig fredag aften – og der ”spiser man usunde ting, men det er jo sundt, at man hygger med familien”.

Børnene introduceres herefter til WHO og den brede sundhedsdefinition: ”Sundhed er jo ikke blot fravær af sygdom, men at man har det godt både fysisk, psykisk og socialt”. Det konstateres, at der er noget af det hele på børnenes flip-over.

Til den sidste øvelse deles der nu et stykke papir ud, og børnene opfordres til at tegne det i deres liv som får dem til at have det godt. Nogle tegninger rummer børnenes dyr, venner og familie, og andre tager mere ’drømmescener’ med; f.eks. strande med palmer. Børnene fortæller om deres tegninger, og der sluttet af i en meget hyggelig og afslappet stemning. Børnene følges ad derfra, og sundhedsplejersken bemærker, at de jo ikke kender hinanden i forvejen, men alligevel på et par timer har fået nogle relationer, som vil blive udbygget undervejs i forløbet.

Børnene bliver ikke vejet.

De første individuelle samtaler bygges op om, hvad der er godt, mindre godt, ikke så godt og rigtig skidt i den unges liv, samt målsætning og strategi for forløbet (bilag 1). Vi skal her følge to af de unge, en dreng på 14, som vi kalder Sigurd og en pige på 13, Sara.¹² Begge børn er naturligvis givet et andet navn her, og desuden er deres meget personlige historier bevidst blandet op med elementer fra andres historier i en bestræbelse på at sløre deres identitet. Det er ikke det nærmere indhold af børnenes historier, der er afgørende, men sundhedsplejerskens reaktion og arbejde i forhold til børnenes situation.

Sigurds situation er præget af alvorlig mobning i skolen, og for at undgå mobning har han længe praktiseret først at komme, når klokken har ringet ind. Han løber også hjem i frikvarterer og kommer ofte tilbage til sin skoletaske blot for at erfare, at indholdet er spredt ud over gulvet. Når han er hjemme i frikvarterne, kommer han let til at trøstespise lidt, og han er ked af, at det nu kan ses på vægten. På den positive side af arbejdsarket (se bilag 1) konstaterer han, at han har en god familie, men at der aktuelt er krise i familien, og han ønsker ikke at belaste sine forældre mere, end de allerede er. Derudover har han faktisk et par venner i sin klasse, som han kan lide at være sammen med, og som han føler, han kan bede om hjælp. Sigurds mål for strategien (se bilag 2) bliver at gå i skole om morgenen, før klokken ringer og at blive i skolen i frikvarterne. Strategien er at spørge de to venner, om han kan følges med dem om morgenen og i frikvarteret, og desuden at tage skoletasken med ud i frikvarteret, så den ikke kan blive tømt ud i klassen.

¹² Deres historier er fortalt af sundhedsplejersken, ligesom også beskrivelsen af de øvrige gruppemøder i forløbet er baseret på sundhedsplejerskens beskrivelser, ikke på evaluators tilstedeværelse. Den manglende medvirken fra evaluators side skyldes etiske hensyn. Sundhedsplejersken fandt, at evaluators tilstedeværelse til møderne og i særdeleshed til de individuelle samtaler ville forstyrre forløbet og hindre børnenes fulde udbytte. Denne betragtning taget ad notam var det naturligvis ikke muligt at følge forløbene andet end gennem en dialog baseret på sundhedsplejerskernes fortællinger. Disse kan naturligvis antages at være farvet af deres ønske om at fremstille forløbene som effektive og udbytterige og af de mere eller mindre kritiske spørgsmål, som evaluator rejste, men sundhedsplejerskernes engagement i metoden og optagethed af børnenes trivsel var tydeligvis oprigtig, og fortællingerne virkede derfor meget troværdige.

Sara føler sig meget tyk, og selvom hun forsøger at få sine forældre til at købe sundt ind, står menuen ofte på krydderboller med Nutella til morgenmad og pizza til aftensmad. Frugt og grønt er der sjældent købt ind; Sara fortæller, at forældrene hævder, at de ikke har råd, og at børnene alligevel ikke spiser det, når de køber det ind. Derudover er det dårligt, at hun aldrig har tid alene med sin mor, fordi moren altid havde travlt med de to mindre søskende. Saras mål bliver først og fremmest at tabe sig. Strategien er at lave en liste over ønskede grøntsager og frugt, og så bede forældrene købe det, samt at foreslå familien, at hun kan stå for at lave en salat hver aften. Derudover vil Sara gerne finde ud af at være sammen med sin mor alene en gang imellem, og hun mener også, at moren ville være indstillet på det – det har hun i hvert fald givet udtryk for. Hun vil derfor forsøge at lave en aftale om at købe nyt tøj sammen med moren en dag i den nærmeste fremtid.

Den næste gruppesamtale kommer til at handle om mobning, da det fremgik af de individuelle samtaler, at det var et fælles tema for deltagerne. Børnene fortæller hver især deres "mobbehistorie". Den første af disse var Sigurds, og han beskriver, hvordan han er blevet mobbet, siden han kom til skolen for to år siden, ved at blive holdt udenfor i legen, skubbet og slået i frikvartererne og verbalt chikaneret - alt sammen fordi han bliver opfattet som anderledes, fordi han har boet i udlandet. Hans historie får de øvrige til at komme med empatiske udbrud, men også til at se deres egne historier i et nyt lys. Da alle har fortalt deres historie, taler man om, hvad der kan gøres i situationer, hvor der bliver mobbet. De kender alle de rigtige svar og ved, hvad de voksne siger, man skal gøre, men kan konstatere, at det bare ikke hjælper. Sundhedsplejersken foreslår forskellige løsninger, såsom at inddrage de voksne i problemet, men intet af det kan hjælpe, siger de. Stemningen er tung, og sundhedsplejersken siger så: "Hvad nu, hvis I havde en tryllestav, hvad ville I så trylle anderledes? Når den virkelige verden ikke rummer løsninger, hvad så med den uvirkelige!". De unge bliver hurtigt enige om, at det at have nogle voksne, som ville høre – sådan rigtigt – hvad de sagde, det kunne hjælpe. Og det, de havde gjort i gruppen, at få det delt med andre i samme situation – det gjorde godt.

Den anden individuelle samtale var bygget op om, hvad der fastlåser den unge, og hvad der får ham eller hende til at føle sig fri (bilag 3).

Sigurd, som har fortalt sin tunge historie i gruppen, har fået talt med sin familie om mobningen, og faren ønskede at kontakte skolen. Drengen vil dog hellere se, hvor langt han selv kan løse problemerne. Sigurd har fået talt med sine to venner, og de skal begynde at gå i skole sammen næste dag.

Sundhedsplejersken har løbende overvejet, om hun skulle kontakte faren og/eller skolen, på grund af mobningens særligt alvorlige karakter, og hun valgte efter denne samtale med børnene at tage kontakt til den pågældende skoleinspektør for at gøre opmærksom på, hvad der foregår på skolen. Inspektøren mener imidlertid ikke, det kunne være rigtigt, og tilkalder klasselæreren fra den pågældende klasse, der rystet konstaterer, at han godt vidste, at det ikke gik så godt i klassen, men at det ikke var slemt nok til, at han faktisk havde handlet på det. Man enedes om at være opmærksom på problemet, men også at lade Sigurd gøre sin del selv og ikke lave en sag ud af enkelttilfældet, men at øge opmærksomheden på klassen som helhed.

Sara kan se, at det er forældrenes adfærd, der låser hende fast i at spise usundt, men også at hun kan vælge det mindst usunde. Det, der får hende til at føle sig fri er at gå tur med sin hund og lege med den, og derudover at være sammen med sin gode veninde. Hun kan se, hvordan denne del af hendes liv godt kunne fylde mere, og hun bliver opmærksom på, at legen med hunden også gør, at hun får rørt sig. Hun indser, at der er en forbindelse mellem at føle sig fri og glad og at røre sig, og hun vil overveje, hvordan hun kan føle den glæde på andre måder, måske ved at gå til gymnastik sammen med sin veninde. Sundhedsplejersken gør Sara op-

mærksom på, at hun kan hjælpe hende med kontakt til sagsbehandleren i kommunen, der vil kunne støtte hende økonomisk med gymnastikken, hvis hendes familie ikke har råd. Sundhedsplejersken har læst familiens journal, idet hun selv har været tilknyttet familiens yngste barn, og hun kan se, at det er en socialt meget belastet familie.

I den tredje gruppesamtale tager sundhedsplejersken nogle billeder frem af børn med forskelligt kropssprog og beder børnene vurdere, hvem af dem, der bliver mobbet. De ser hurtigt, at der synes at være et særligt kropssprog, som får dem til at have en mening om barnet på billedet og sandsynligheden for, at de blev mobbet. Samtalen handler også om, hvad de havde fået ud af forløbet, og hvordan de havde det i gruppen.

Den tredje individuelle samtale var bygget op om spørgsmålet: ”Hvem eller hvad har indflydelse på dig? Og hvem eller hvad har du selv indflydelse på?”(bilag 4).

Sigurd har på dette tidspunkt fået det meget bedre. Han følges nu hver morgen med sine venner, og de er også begyndt at være meget sammen efter skole, lave lektier sammen og spille fodbold. Det er blevet noget bedre i frikvartererne, og Sigurd slutter af med at demonstrere, hvordan han har ændret sit kropssprog for at udgå at signalere offer.

Sara har tydeligvis tabt sig et par kilo, og hun har besluttet sig for at bede sundhedsplejersken arrangere et ophold på et julemærkehjem. Det er lykkedes for hende at få forældrene til at købe mere frugt og grønt, og hun laver ofte salat nu, men der er stadig mange fristelser, fordi moren ikke kan lade være med at købe Nutella og kager. Sara er meget tilfreds med sin indsats, men havde ikke løst problemet med manglen på samvær med sin mor. De har haft flere aftaler, men hver gang er der kommet noget i vejen. Hun reflekterer over, at hun ikke kan bestemme over sin mor, og hverken tvinge hende til at shoppe eller lade være med at købe Nutella, men at hun selv kan vælge at spise sundt eller at spise mindre, og at hun kan blive ved at bede moren om at gå med hende i forretninger, indtil det lykkes en dag. Hun virker dog ret opgivende over for dette mål. Sundhedsplejersken spørger, om Sara ønsker, at hun skal tage kontakt til hendes familie, men hun vil fortsat gerne selv prøve at ændre situationen og gentager, at sundhedsplejersken bare gerne må ordne det med julemærkehjemmet.

Evalueringen af forløbet viser, at alle børnene synes, det har ændret noget for dem at være med. Et af spørgsmålene er, om andre har bemærket en forandring hos dem, og det får en af deltagerne til at huske, at der var en lærer, der roste ham og sagde, at han var blevet så aktiv i timerne. En anden havde fået sagt på sit arbejde, at han ikke ønskede forfremmelse, en tredje var holdt op med at flygte fra en bande, han var bange for, en fjerde havde besluttet sig for at skifte skole. De lagde alle vægt på, hvor godt det var at have lært hinanden at kende og at have nogen at dele problemerne med.

Dette forløb med ‘Du bestemmer’ var det, der blev gennemført mest ”efter bogen” i denne undersøgelse. Beskrivelsens udførlige karakter tjener flere formål: Eksemplet skal ikke alene illustrere den praktiske brug af det ovenfor skitserede indhold af metoden, men skal også vise, hvordan strukturelle faktorer spiller ind på børnenes liv – i familien, i skolen og i sidste ende i samfundet – og hvordan forsøget på at påvirke disse faktorer i nogle tilfælde bliver en del af sundhedsplejerskens virkefelt. Desuden ses det, hvordan både den vikarierende erfaring og sammenholdet i gruppen styrker den enkeltes udvikling. Hertil kommer, at eksemplerne også viser den umiddelbare effekt af metodens praksis på to af deltagerens liv – en effekt, der i bedste fald kan antages at ændre deres retning i livet.

8.2.2 'Du bestemmer' som familieorienteret metode

Det næste afsnit beskriver familieprogrammer for familier, hvor et medlem (eller ofte alle) har problemer med overvægt. Disse programmer er struktureret om madlavnings- og motionsaktiviteter, hvor de deltagende familier samles om fælles madlavning og forskellige former for motion, eller hvor børnene mødes uden familien til forskellige idrætsaktiviteter.

Modellen med madlavning og/eller motion er udbredt i aktuelle initiativer over for denne type sundhedsproblemer, både når det gælder børn og hele familier, som f.eks. i projekter som "Leopardfart" i Ringkøbing-Skjern, "Lettere fremtid" i Køge og "Sund skolestart" i Glostrup, for blot at nævne nogle få. Der indgår ofte samtaler med sundhedsplejersken i disse forløb, formet efter 'Du bestemmer'-metoden, men tilpasset både klientel og ressourcer. Det har således ikke været muligt at finde et forløb, hvor ressourcerne har gjort det muligt at gennemføre et 'Du bestemmer' forløb til punkt og prikke.

I det følgende beskrives et konkret forløb, hvor både det indledende gruppemøde og de tre samtaler med familien foregår ved hjælp af arkene fra 'Du bestemmer'. Forløbet udbydes i kommunens forebyggelsesafdeling og har stor politisk bevågenhed, idet kommunen har en målsætning om at mindske overvægt blandt borgerne, i særdeleshed blandt børn. Sundhedsplejerskerne, der er tilknyttet projektet, er ansat specifikt til formålet, men det er et bijob for dem, og de er til daglig ansat som sundhedsplejersker med vanligt arbejdsområde.

Dernæst beskrives et forløb, hvor metoden danner grundlag for de individuelle samtaler med barnet og dennes familie i hjemmet. Dette projekt er skolesundheds-tjenestens tilbud til børn med særlige behov. I begge forløb udgør samtalerne med sundhedsplejersken en del af forløbet, der også inkluderer fælles madlavning og motion, samt eventuelt samtaler med en diætist.

Det første familieforløb varer tre måneder og begynder med et gruppemøde, hvor alle de deltagende familier mødes og taler om sundhed, nogenlunde svarende til det første gruppemøde i metoden. Familierne skal bl.a. tegne på et stort stykke papir, hvad der fungerer godt i deres familie. Dette er en stor udfordring for de fleste af familierne, de kan slet ikke blive enige. De inviteres til at tage tegningen med hjem og fortsætte derhjemme, for så at medbringe tegningen til første familiesamtale. Til dette første gruppemøde skal deltagere vejes og måles, hvilket sundhedsplejerskerne i dette projekt vælger at lade medlemmerne i hver familie gøre for hinanden, hvilket affødte en god stemning, hvor ingen følte sig "forkerte", og hvor der blev leet meget.

Efter det første gruppemøde tilbydes familierne som nævnt tre samtaler med sundhedsplejersken. Vi skal se nærmere på, hvordan metoden anvendes i disse samtaler med ikke bare et enkelt individ, men en hel familie.

Familien Andersen¹³ består af far og mor og tre børn, men far er kronisk syg og derfor fraværende, det ene barn er under syv år og deltager derfor ikke, og et andet barn har en lidelse, der gør, at han er for urolig til at deltage i samtalerne. Hele familien deltager dog i motions- og madlavningsdelen, men i samtalerne deltager

¹³ Som ovenfor er navnene opdigtede og detaljer ændrede som led i anonymiseringen.

kun moren og en datter på otte år. Familien skal sætte sig fælles mål, men pigens alder gør, at det kun bliver hendes egne mål, hvilket moren så bakker op. Pigen, som vi kalder Louise, er meget overvægtig, mens mor er slank, som også resten af familien er det. Det er derfor i dette tilfælde rimeligt at antage, at Louises overvægt kan tilskrives dårlig trivsel, i langt højere grad end at familiens generelle ernæringspraksis er uhensigtsmæssig. Louise fortæller, at det dårlige i hendes liv er, at hun er bange for den meget aggressive storebror, der både har truet hende med, og faktisk forsøgt, at kvæle hende. Derudover synes hun, at det er dårligt, at hendes mor aldrig har tid til at spille kort eller lege, samt at hun aldrig får legekammerater med hjem. Deres mål bliver, at Louise skal have en legekammerat med hjem, og at mor og hun skal spille kort hver onsdag, når de har fulgt storebror til fodbold, da der er en time, hvor de venter på ham. Louise er tilsyneladende helt ligeglad med sin overvægt – det er ikke det centrale for hende at arbejde med. Louise virker moden og med begge ben på jorden, og hun nyder tydeligvis, at mor for en gang skyld hører på hende.

Der arbejdes med de to skemaer, som normalt anvendes til første individuelle møde (bilag 1 og 2).

Til det næste møde anvendes ingen nye skemaer. Der bliver samlet op fra sidst:

Hvordan er det gået med legekammeraten og det spil, kort mor og datter skulle have? Der har ikke været gjort noget ved nogen af delene, mor undskylder med problemer med manden og de andre børn. Louise foreslår konkrete løsninger, og mor lover igen at gøre noget for at imødekomme sin datters ønsker. Ved den tredje samtale er det tydeligt, at familien Andersen ikke magter at ændre på noget.

Det indgik som nævnt som et krav fra den kommunale forvaltning i dette forløb, at deltagerne skulle vejes. Louise har ikke tabt sig og det fører til, at familien i deres evaluering af forløbet fremsætter en ny målsætning: Louise skal tabe sig, og moren skal melde hende til sport, idet det var deres opfattelse, at motion er den vigtigste faktor, hvis man skal tabe sig. Moren fik udleveret nummeret til en idrætskonsulent i kommunen.

Denne familie havde ikke glæde af forløbet, og deres situation ændrede sig tilsyneladende ikke. På grund af familiens belastede situation (en kronisk psykisk syg mand/far og et barn med adfærdsrelaterede problemer), har moren ikke det fornødne overskud til at tage ansvaret for de ændringer, der var aftalt, og Louise er selv for ung til at kunne ændre væsentligt på situationen. Moren trækker på skuldrene og virker opgivende, da sundhedsplejersken konfronterer hende med, at de ikke har nået deres mål og Louise giver desillusioneret udtryk for at forvente, at det ikke lykkes at ændre på noget, og at løfter ikke bliver holdt. Hun er dog glad for, at de som familie havde været sammen om mad- og motionsdelen af projektet, og turen i bussen har været et sjældent øjeblik af samvær i familien. Hun ser det som en mulighed, at hun, med det dårlige resultat på vægten, kunne presse på med sportsaktiviteter, men det er tydeligt, at det ikke var det, der var vigtigt for hende.

Sundhedsplejersken vælger i øvrigt, efter at have informeret moren om, at hun ville gøre det, at indberette sagen med storebroren, der har forsøgt at kvæle Louise. Moren giver udtryk for at være ganske tilfreds med dette, da hun føler, at familien trænger til hjælp. Denne opfattelse deler sundhedsplejersken, som føler sig frustreret over at måtte stoppe sin involvering i familien her. Hun tilbyder familien at vende tilbage for et fornyet forløb, men moderen mener ikke, de kan profitere af det og finder, at det tager for meget tid for dem. Sundhedsplejersken kontakter fa-

miliens sagsbehandler for at fortælle, at hun laver en underretning og benytter lejligheden til at sikre sig, at man fortsat er opmærksom på familien.¹⁴

Andre familier fik mere udbytte af forløbet end familien Andersen. **I det andet forløb**, der her skal beskrives var alle deltagende familier henvist af sagsbehandleren, og de var mere eller mindre socialt belastede. En enkelt familie havde selv henvendt sig på baggrund af annoncering i lokalavisen. De sprang fra igen, måske fordi de følte sig meget forskellige fra de øvrige, idet de ikke var belastede i samme grad. Én familie skiftede bilen ud med cykler, når børnene skulle i skole, en anden fandt ud af at få mere ”voksentid” ved at strukturere deres hverdag bedre, samt at de ved at strukturere indkøb kunne spare og derved få råd til frugt og grønt. En tredje familie fandt ud af, at børn har brug for rent tøj og ordentlig mad, og de fik slukket tv’et under måltidet og var begyndt at tale sammen. Alt sammen var ikke mirakler og måske ikke varige ændringer, men ifølge sundhedsplejersken måske et skub i den rigtige retning.

Et tredje forløb er mere fokuseret på børnene¹⁵. De får besøg af sundhedsplejersken i deres hjem, og familien inddrages i varierende omfang. Højde- og vægtmåling indgår i besøgene. Formelt set er projektet et samarbejde mellem skolesundhedstjenesten og det lokale sundhedscenter som står for administration samt to ”mad værksteder” for hele familien i løbet af perioden. Desuden indgår et motionscenter og en fysioterapeut, der står for aktiviteter, hvor det er muligt at afprøve forskellige former for motion. Projektet retter sig mod såkaldte ”behovsbørn”. ”*Dette er vores metode til at imødekomme deres særlige behov*”, som en sundhedsplejerske i projektet udtrykte det.

Ved samtalerne i familien anvendes arket om, hvad der er godt og skidt (se bilag 1), samt målsætning og strategi (bilag 2), men herudover er det vigtigt for sundhedsplejerskerne at pointere, at ’Du bestemmer’ også er en kommunikationsteknik, hvor aktiv lytten i dialogen, frem for at have løftede pegefingre, skaber refleksioner hos barnet/familien. ”Alle kender jo de otte kostråd, men har svært ved at finde ud af, hvordan den daglige praksis kan ændres” (ibid). Projektet strækker sig over seks måneder, og der indgår fire besøg af sundhedsplejersken i hjemmet. Der er en tilpasset brugerbetaling for at deltage..

I dette forløb skal vi følge et eksempel på metodens praksis, som fokuserer på en 12-årig pige, som vi vil kalde Luna. Hun bor i en familie, hvor alle, bortset fra en 0-årig lillesøster, er overvægtige. Mor og Luna medvirker i samtalen med sundhedsplejersken. De gode ting, Luna peger på i samtalen, er at spise sundt, at dyrke sport, at cykle i skole, at medvirke i madlavningen derhjemme, mens det dårlige er slikmunden, der får Luna til at spise slik og kager hver dag. Lunas mål bliver at reducere slikforbruget ved, at der kun må spises slik fredag eller lørdag. Sundhedsplejersken spørger, hvad der kan gøre det nemmere for Luna at nå sit mål, og Luna beskriver, at det ofte er, mens hun er i skolen, eller når hun lige er kommet

¹⁴ Metoden kan have den bivirkning, fornemmer man her, at sundhedsplejersken sidder med problemer der rækker langt ud over hendes faglige kompetencer. Her finder sundhedsplejersken en løsning ved at inddrage andre fagpersoner, men det er formentlig ikke altid muligt. I hvert fald ligger der også her en udfordring til sundhedsplejersken: Ikke alene må hun kende sin begrænsning, men hun må også kende til, hvem hun kan inddrage i forskellige sammenhænge.

¹⁵ I dette forløb deltog evaluator i besøget hos familien.

hjem, at trangen til søde sager melder sig. Luna får madpakke med, men synes den er kedelig og ensformig, og hun gider ofte ikke spise den. Måske hvis madpakken var lækker og mættende, kunne slik og kager undgås, foreslår sundhedsplejersken. "Joh, måske", siger Luna. Samtalen drejes herefter ind på, om familien har erfaring med at ændre madvaner – eller andre vaner. Mor fortæller om deres madplan, som de laver i fællesskab i familien for at sikre en variation i menuen, som ellers før mest bestod af spaghetti med kødsovs eller burgere. De har haft megen succes med den madplan, og alle i familien er glade for at have indflydelse på, hvad der laves til aftensmad. Sundhedsplejersken foreslår om den samme model kunne bruges i forhold til madpakker, således at børnene selv får indflydelse på dem, og der måske kom større variation. Luna og hendes mor beslutter, at de vil prøve.

Ud over de omtalte ark, som indgår i den første samtale i hjemmet, anvendes et hæfte, en såkaldt motivations bog, der fungerer som en dagbog, hvor de fastsatte mål dagligt tildeles en glad eller sur smiley efter, hvor godt det er gået. Der kan aftales nye fokusområder undervejs, alt efter hvordan det går. Motivationsbogen er bindeleddet mellem sundhedscentret og familien.

Det sidstnævnte eksempel i familiegrupperne synes langt mere fokuseret på overvægt end det første, på trods af at begge projekter handler om overvægt og inkluderer deres deltagere på baggrund af problemer med vægten. Dette kan skyldes forskelle i tilgangen til problemet i de omtalte familier, men også forskelle i tilgang fra sundhedsplejerskernes og projekternes side. Det skal dog også bemærkes, at sidst omtalte familie virkede meget mere velfungerende end den forrige. De relaterede overvægten til kosten og havde en god forståelse af, hvordan vaner kan ændres, mens den førstnævnte familie havde langt mere komplekse problemer i spil.

Dette kunne umiddelbart synes at bekræfte Glismanns tese om, at de mest socialt belastede ikke kan profitere af metoden (2004).¹⁶ I det følgende præsenteres dog et andet eksempel, hvor børnene helt tydeligt profiterer af et forløb, selvom de kan karakteriseres som alvorligt socialt belastede. En mere specifik konklusion kan således være, at i familier med psykiske lidelser hos både børn og voksne er der behov for en anden slags hjælp end den, sundhedsplejersken kan tilbyde.

8.2.3 'Du bestemmer' i sundhedssamtalen

Skolesundhedsplejersken bliver af læreren i en 8. klasse bedt om at gøre noget for to piger, Thilde og Tone, der skærer sig selv.¹⁷ Sundhedsplejersken ved om fæ-

¹⁶ Det er dog også vigtigt at notere sig, at familien var rekrutteret til forløbet af sagsbehandleren, ikke fordi de selv fandt vej til sundhedsplejersken. Motivation er en afgørende faktor for livsstilsændringer og her er det muligt, at valget om at deltage for denne familie var motiveret af andre ting end et ønske om at foretage livsstilsændringer, såsom at bevare et godt forhold til sagsbehandleren.

¹⁷ Beskrivelsen af forløbet er baseret på deltagelse i en række af samtalerne med pigerne. De blev dog ikke orienteret om, at evaluators tilstedeværelse ville resultere i, at deres historie kom med i en rapport. Beskrivelsen af pigerne er anonymiseret og bevidst sløret, uden at den effekt, der var af samtalerne med sundhedsplejersken, bliver skjult. Historien er helt afgørende for argumentet, som vil blive fremsat i afsnittet om metodernes betydning for børns sundhed og er derfor medtaget på trods af, at det kan diskuteres om det er etisk korrekt. Sundhedsplejersken er indforstået med dette og er enig i, at historien illustrerer, hvordan metodens grundlæggende ideer kan anvendes i sundhedssamtalen og derved "gøre en forskel". Pigerne kunne være blevet spurgt, om de ville medvirke her, men da de er min-

nomenet 'cutting', at det hænger sammen med problemer i hjemmet og måske spiseforstyrrelser eller anden selvdestruktiv adfærd. Hun inviterer pigerne til en samtale og tilbyder dem et samtaleforløb, hvor de skal anvende arkene fra 'Du bestemmer' metoden.

Det viser sig, at pigerne er massivt belastede; misbrug af hash og tidlig seksuel aktivitet samt tunge problemer i familien. Begge piger er til stede ved alle samtaler. Deres målsætning er et forbedret forhold til deres familie. Pigerne udebliver af og til fra samtalerne, og sundhedsplejersken bruger ofte tid på at vente på dem, og endda på at hente dem i klassen eller skolegården. I samtalerne følger sundhedsplejersken op på målsætning og strategi, og desuden bruger hun en del tid på at lytte til pigerne og lade dem fortælle, hvad de kæmper med. Hun byder ind med både sundhedsfaglig viden, når pigerne efterspørger den, men er ellers 'bare' anerkendende; fx. "hvor er det godt, at du reflekterer over det i stedet for bare at gøre, hvad de andre gør som du ville have gjort tidligere" eller "du siger fra og til, og jeg kan høre du er opmærksom på hvad der er det rigtige for dig, og gerne vil handle på det".

I løbet af nogle måneder forbedres situationen, især for Thilde. Hun får talt med sine forældre om, hvordan hun har det, og de får lavet nogle aftaler om deres måde at være sammen på. Hun stopper sit hashmisbrug og begynder at passe skolen mere. Hun opfordrer sin veninde til at gøre hende følgeskab, og deler sin erfaring af at få det meget bedre med hende.

Tone er begyndt at få alvorlige hallucinationer pga. hash, og hun er bange. Sundhedsplejersken vælger at inddrage en institution, der arbejder med unge og misbrug. Hun tager, efter aftale med pigerne, kontakt og laver en aftale om et møde, og hun tilbyder pigerne at følge dem dertil. Hun opfordres af institutionen til at deltage i samtalen. Hun beslutter nu at kontakte Tones forældre og taler med hende om det. Pigen accepterer, og sundhedsplejersken får, ved hjælp af en lyttende og anerkendende metode, en god samtale med moren. Denne har oplevet mange irttesættende samtaler med skolelæreren og sagsbehandleren, som hun siger slet ikke synes at forstå at hun gør alt hvad hun kan, men at hun er alene og er meget på arbejde. Dette afføder en god samtale om misbruget mellem mor og datter, som Tone beskriver ved næste møde.

Tone holder op med at misbruge hash, og hallucinationerne forsvinder langsomt over nogle uger. Hun omgås stadig sine venner, med hvem hun delte misbruget, men kan stå imod, selvom de opfordrer hende til at være med: "Hvis I havde de hallucinationer, som jeg har haft, ville I heller aldrig mere ryge det". Tone forandrer sig synligt; hun virker mere velsoigneret og nærværende, og hun passer i langt højere grad sin skole. Læreren er endda begyndt at rose hendes faglige indsats.

At pigerne er sammen til samtalerne gør, at deres interne fortrolighed vokser, og at de kan tale sammen om deres problemer også uden for samtalerne med sundhedsplejersken. Der bliver også tale om en 'vikarierende erfaring' for Tone, da Thilde stopper sit misbrug - altså at Thildes erfaringer motiverer Tone og giver hende håb om, at også hun kan ændre noget.

Metodens konkrete praksis er her reduceret til de to ark fra den første individuelle samtale. Men som sundhedsplejersken siger "handler det ligeså meget om den

dreårige ville det være nødvendigt at inddrage forældrene, hvilket kunne medføre, at tavshedspligten i forhold til samtalen ville blive udfordret – hvilket vurderes at være endnu mere etisk problematisk.

kommunikationsform, som metoden lægger op til, hvor pigerne selv får mulighed for at finde løsninger” gennem sundhedsplejerskens anerkendende spørgsmål, der lægger op til refleksion. Sundhedsplejerskens tilgang støtter også pigernes handlekompetence ved, at hun leder dem gennem en afsøgning af de muligheder, der er for at ændre situationen. Sundhedsplejerskens måde at tale med pigerne på er således præget af metodens grundlæggende teori, dvs. anerkendende dialog, der fremmer selvrefleksionen, frem for løftede pegefingre. Det betyder ikke, at hendes sundhedsfaglige viden ikke finder plads i samtalerne, men den bliver i høj grad til viden efterspurgt af pigerne selv: ”Hvorfor får man hallucinationer af at ryge hash, og hvorfor forsvinder de ikke, når man holder en pause?”, og ”hvem kan hjælpe mig med at fastholde min beslutning om at holde op?” Her bliver det klart, at sundhedsplejerskens sundhedsfaglige viden er lige så vigtig i et forløb som dette, som når der tales om kost eller søvn med et velfungerende barn.

Metoden anvendes her til børn, der må karakteriseres som alvorligt socialt belastede, uden at redegørelsen her af hensyn til anonymiteten skal gå i detaljer med dette. At pigerne oplever en vis succes med deres strategi om et bedre forhold til forældrene, og at der som en sidegevinst følger, at de stopper deres misbrug, og at de holder op med at skære sig efter at samtalerne hos sundhedsplejersken begyndte, hvilket måske er betinget af det relativt lange forløb. Men metodens praksis synes også at tilføre pigerne noget væsentligt. De oplever en voksen, der lytter og faktisk vil hjælpe dem, selv med noget så praktisk som at tage toget sammen med dem til en samtale i den omtalte institution. De oplever også at blive mødt med respekt; sundhedsplejersken foretager sig ikke noget, uden at tale med dem om det først, og deres accept af hendes disposition er afgørende for hendes handlinger. De oplever også, at de ikke fordømmes for deres adfærd, og bliver igennem denne relation klar over både hvilke krav, de kan forsøge at stille til deres forældre, og hvilken betydning, det har for en relation, at man er ærlig og tør bede om hjælp og forståelse.

De sundhedsplejersker, der har afholdt de beskrevne forløb er erfarne og har arbejdet meget med ’Du bestemmer’. De er i stand til at anvende delelementer fra den, fordi de ved på hvilken måde, de indgår i et ’efter-bogen’ forløb. De deler en kolossal begejstring for metoden og har alle følt, at når der ikke er ressourcer til at udføre metoden ’rigtigt’ og ’efter bogen’, må man finde andre veje, idet metodens effekt på børnene er for god til, at den blot kan lægges på hylden.

Selvom metoden påpeger det vigtige i, at barnet selv tager initiativet til forløbet ved at vælge at melde sig til det, viser de ovenstående eksempler, at der kan profiteres af et forløb på trods af, at det initiale valg mere eller mindre er foretaget af sagsbehandleren, skolelæreren eller sundhedsplejersken selv.

8.2.4 ’Du bestemmer’ som sundhedsfremme

Metodens praksis kan i denne og flere af de øvrige beskrevne eksempler karakteriseres som det Glismann (2004) omtaler som ”Vi bestemmer” – dvs. at sundhedsplejersken hele tiden reflekterer over, hvornår hun må handle på barnets vegne, og hvor langt barnet selv kan komme. Det er sundhedsfremme praksis, hvis begrebet forstås som i Ottawa-chartret, som diskuteret tidligere. ’Du bestemmer’ udelukker ikke i praksis et ’vi’, som inkluderer sundhedsplejersken, der handler i forhold til de strukturelle betingelser, hvilket netop er det interessante i Ottawa-chartrets definition. Det hindrer dog ikke, at barnet/den unge får en erfaring af at have ansvaret for deres liv og retten til at vælge – også til at vælge at bede om hjælp. Det fremgår, at for flere af de her omtalte børn og familier er vægtproblemet spundet ind i

mange andre problemer, og hvorvidt man taber sig her og nu ville være en utilstrækkelig indikator for, om barnet eller familien bliver bedre i stand til at tage vare på sig selv og deres sundhed på langt sigt. Det er helt centralt for forståelsen af metodens betydning i et sundhedsfremmende perspektiv, at metodens praksis efterlader børn og familier *lidt bedre* i stand til at handle på deres situation, men ikke nødvendigvis et gram lettere her og nu. Indikatoren for succes er ikke vægten, men aktiv deltagelse og opnåelse af handlekompetence.

Sundhedsplejersker fortæller i interviews ofte, om børn og unge, som har haft effekt af forløbet i form af at blive i stand til at tage hånd om deres liv og ændre på nogle af de forhold, som de ønskede at ændre – disse fortællinger kunne fylde mange sider. Ved at dokumentere metodens praksis fremgår det, hvordan metoderne kan antages at virke, og hvordan de kan have betydning for børnene, der møder dem. Det er denne betydning, der er i fokus i det næste kapitel.

9 Metodernes betydning for sundhedsplejen som institution og praksis

Redegørelsen i forrige afsnit belyste, at metoderne 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' på hver sin måde har betydning for sundhedsplejerskers placering på dette kontinuum mellem afsender og modtager, og dermed på hendes position i forhold til barnet/familien og hendes kompetence inden for sundhedsfremme. I dette afsnit ses der nærmere på metodernes betydning for sundhedsplejen generelt.

I den sociale praksis, som metoderne er ramme om, skabes fortolkninger og betydninger, både for sundhedsplejersken og for deltagere, børn såvel som unge. Først og fremmest søges deltagerne forstået og behandlet som aktive, reflekterende, fortolkende og evaluerende aktører: Det er dem, der er eksperter i deres eget liv og som i sidste ende ved, hvad der er på spil. I 'Du bestemmer' kommer det eksempelvis til udtryk ved, at deltagere selv vælger hvilken problemstilling, der danner grundlag for deres målsætning. I 'Aktive vurderinger' kommer respekten for den enkeltes valg, til udtryk ved, at hver enkelt deltager gives mulighed for at forklare årsagerne til det valg, han eller hun har gjort. Denne forståelse af børn og unge som reflekterende aktører indplacerer sundhedsplejerskens arbejde nærmere den modtagercentrerede tilgang end traditionel sundhedsvejledning gør. Der skabes således i begge metoder et betydningsunivers, i hvilket børn er aktører – og dermed *er* i stand til at handle, hvilket ultimativt også fører til, at de har et medansvar for deres egen sundhed.

Dette betydningsunivers skabes i processen af både sundhedsplejersken og børnene med deres refleksioner, viden og holdninger, men influeres også af internaliserede forståelser af fx hvad sundhed er. Sundhedsplejen er, som omtalt i indledningen, en del af det statslige apparat, der skal sikre børns sundhed og realisere de mål, man fra politisk hold sætter for befolkningens sundhedstilstand. Disse mål er stadig, som diskuteret tidligere domineret af en forebyggelsestankegang, der fokuserer på specifikke sundhedsdeterminanter, dvs. bestemte forhold og handlinger (hvad man spiser, hvor meget man motionerer, osv.), som bestemmer ens sundhed.

At der findes bestemte, givne ideer om, hvad der kendetegner 'sundhed', kommer fx til udtryk i øvelsen, som indgår i det første gruppemøde i 'Du bestemmer', hvor deltagerne skal definere sundhed: Her er de første mange svar af typen 'gulerødder, fisk, mælk, æg, sport, motion, proteiner, vitaminer...'. Først i anden omgang kommer der svar såsom 'min søster', 'min hest, som gør mig så glad', 'gode venner' og 'et godt grin'. Der ligger så at sige nogle underforståede umiddelbare definitioner af, hvad 'sundhed' er, definitioner som tydeligvis udspringer af en effektiv indlæring af 'sundhedsbudskaber' – uanset om man så praktiserer dem selv eller ej. Disse definitioner og forståelser udgør en del af det betydningsunivers, som børn og sundhedsplejersker opererer i, når metoderne 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' praktiseres.

Denne iagttagelse underbygges også af, at 'Du bestemmer' næsten udelukkende finder anvendelse i projekter, der har med overvægt at gøre. Selvom sundhedsplejerskerne søger at arbejde ud fra det brede sundhedsbegreb og med sundhedsfremme i fokus, er både hun og børnene dele af en større sammenhæng, i hvilken forståelsen af sundhed er knyttet til sundhedsdeterminanterne og dermed indsnævret som begreb. Det indebærer, at overvægt bliver et vigtigt inklusionskriterium, og

selvom sundhedsplejersken og børnene evt. umiddelbart vælger at arbejde med noget andet, ved alle godt, at målet i sidste ende er, at de taber sig.

Denne pointe sættes på spidsen af en sundhedsplejerskes erfaring: Hun var af læreren blevet bedt om at lave ”noget” for en gruppe af overvægtige piger, som ønskede at tabe sig. Da man i hendes kommune netop var i gang med at implementere ’Du bestemmer’, valgte hun at tilbyde pigerne et forløb efter denne metode. Pigerne insisterede imidlertid på kontrolvejning og BMI- beregning, kostvejledning og inspiration til motion, og deres målsætninger kom udelukkende til at handle om disse aspekter – deres indvending mod ’Du bestemmer’ var, at ”så lærer vi jo ikke kostrådene!” (sundhedsplejerske, Region Nordjylland).

Set i et magtperspektiv indebærer disse betingelser, at sundhedsplejerskens praksis i et vist omfang – og uden hun nødvendigvis selv bevidst tilstræber det – reproducerer bestemte forståelser af sundhed og dens determinanter. Hannah Glismann, som er sundhedsplejerske og master i sundhedspædagogik, har undersøgt metoden ’Du bestemmer’ i sin afsluttende afhandling (2004). Hun hævder – og antyder allerede i sin titel, ”Du bestemmer – selv?” – at der i metoden ligger en skjult forventning om, at den enkelte selv vælger sin sundhed i et socialt og kulturelt vacuum, og at metoden derfor rummer et ’blaming the victim’-element: Man er selv ansvarlig for (alle) sundhedsproblemer. Man kan diskutere, om det ikke snarere er sådan, at metoden i bredere forstand reproducerer den dominerende måde, vi tænker og taler om sundhed på, herunder at individet er ansvarlig for sig selv. Sundhedsplejersken er og bliver ’eksperten’ på sundhed i både sin egen og børnenes forståelser, og selvom børnene/familierne i kraft af metoden betragtes som eksperter på deres livs verden, bliver dialogen ikke ’ægte’ (Jensen 2005), dvs. fri og uafhængig af andre forståelser. Den afspejler et implicit magtforhold og kan dermed reelt komme til fungere mere behandler/afsender- end modtagerorienteret.

Undersøgelsen konstaterer, at begge metoder i praksis er nødt til at fungere inden for eksisterende og dominerende opfattelser af sundhed og livsstil, og at dette i større eller mindre grad gør sundheds moraliseren implicit. Samtidig er det dog værd at overveje, om sundhedsplejersker netop i kraft af brugen af de undersøgte metoder er i stand til at udvikle et alternativ – et modtræk, om man vil – så at sige på græsrodsniveau. Samtaleformen i ’Du bestemmer’ og den dialogiske undervisningsform i ’Aktive vurderinger” skaber rum for barnets eget engagement og tro på sig selv, og derved etableres en kontakt og et nærvær, som fremmer muligheden for at arbejde modtager-centreret.

Som et led i en redegørelse for metodernes betydning for sundhedsplejen som institution og i dens praksis skal der ses lidt nærmere på hvordan metoderne, med al den varierede praksis som er beskrevet ovenfor, indgår i sundhedsplejerskens ’værktøjskasse’.

9.1 Værkstøjskassen

I diskussionen af metodernes betydning for sundhedsplejersker og sundhedsplejen som institution er det vigtigt at bemærke, at der sker en innovativ anvendelse af metodernes elementer. Det sker fx i sundhedssamtaler eller i andre gruppesammenhænge, hvor elementer fra begge metoder er at genfinde i andre og nye sammenhænge (August m.fl. 2006). Denne innovative praksis har stor betydning for sundhedsplejersker og sundhedsplejen som institution, idet det er gennem en sådan praksis, at nye aktiviteter og metoder ”opfindes”. Det giver stor arbejdsglæde at

finde nye måder at arbejde på, især hvis man oplever en vis succes på den måde, at det flytter noget for børnene (se fx Skottfelt 2006).

Som tidligere nævnt afholder bl.a. ressource-begrænsninger sundhedsplejersker fra at gennemføre de tidskrævende 'Du bestemmer' forløb 'helt efter bogen'. Elementer fra metoden inddrages derimod i sundhedssamtaler. Træk fra såvel 'Du bestemmer' som 'Aktive vurderinger' anvendes imidlertid også på andre kreative måder. Fx har Københavns kommune gennemført en række udviklingsprojekter, som er beskrevet i bogen "Sundhedsplejen ved en skillevej". Ét eksperiment gik i den forbindelse ud på at anvende elementer fra begge metoder i en 6. klasse (August, Lohmann-Devantier & Thastrup 2006).

Forløbet startede med klasseundervisning, hvor børnene blev informeret om forløbet. Der indgik en øvelse (ja-nej) fra 'Aktive vurderinger' og en øvelse fra 'Du bestemmer' (tegn, hvad der er sundt for dig), og det brede sundhedsbegreb blev præsenteret på en måde, der afspejler det første gruppemøde i 'Du bestemmer'. Dernæst blev alle børn "screenet" (altså målt, vejjet og synstest), og til sidst lavede man individuelle sundhedssamtaler, der tog udgangspunkt i et skema, som børnene fik udleveret i klassen. Skemaet var tilpasset aldersgruppen og var inspireret af skemaet fra den første individuelle samtale i 'Du bestemmer'. På baggrund af erfaringerne med dette eksperiment er der blevet udviklet lignende skemaer til andre klassetrin, tilpasset den specifikke aldersgruppe. Man har på lignende måde anvendt 'Du bestemmer' ark til at udarbejde skemaer til sundhedssamtalerne i Ringkøbing-Skjern kommune.

De beskrevne metoders betydning for sundhedsplejen er således knyttet til både faglig identitet og arbejdsglæde og til muligheden for at finde fodfæste i en mere modtagercentreret tilgang. De giver desuden forskellige bud på og inspiration til, hvordan man kan arbejde mere sundhedsfremmende, sådan som Sundhedsstyrelsens anbefalinger lægger op til. Derudover udgør de enkelte elementer af metoderne en ressource i den faglige 'værktøjskasse', der sætter sundhedsplejersken i stand til at respondere på de behov for aktiviteter, der opstår i hendes skolearbejde. Metoderne har altså stor værdi for sundhedsplejersker og giver dem mulighed for at styrke det, de finder værdifuldt i arbejdet med skolebørnene. Sundhedsplejen som institution styrkes af anvendelsen af metoderne, fordi den sundhedsfremmende del – som i denne undersøgelse tilskrives større værdi blandt sundhedsplejersker end den forebyggende – kommer mere i fokus.

10 Metodernes betydning for børn og unges sundhed

Denne undersøgelse har haft som ærinde at undersøge metodernes anvendelse i forhold til at skabe deltagelse og ejerskab hos børnene i forhold til viden om og forståelse af sundhed, selvværd og øget handlekompetence. I det følgende uddybes, hvorfor der er lagt vægt på denne form for undersøgelse

Livsstil, levevilkår og social arv er væsentlige faktorer i relation til sundhed, hvilket gør, at ændringer i adfærd ikke nødvendigvis sker fra den ene dag til den anden. Og selvom adfærden ændres initialt, er tilbagefald et muligt udkomme af forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992).

Tilbagefald betyder dog ikke nødvendigvis, at der ikke var et udbytte – ofte er tilbagefaldet af midlertidig karakter, i hvert fald hvis udbyttet var en følelse af faktisk at kunne ændre på noget, selvom det så ikke holdt så længe. Lone Grøn argumenterer i sin undersøgelse af sundhedspraksis i relation til et interventionsprojekt i Vejle for patienter med livsstilsrelaterede sygdomme, at patienterne ofte falder (midlertidigt) tilbage i de gamle vaner (Grøn 2005). Et problem kan være, at vi undertiden måler alt for snævert på, hvornår behandlingen er en succes. Kortsigtede krav om effektdokumentation er et udtryk for et ydre pres, der kan være en barriere for en konstruktiv udvikling af sundhedsfremme og forebyggelse. Som Grøn siger: ”Poen lukkes for tidligt” (ibid:10). Hun hævder, at den sundhedsfaglige viden, som patienterne i hendes studie tilføres, kun udgør en basis eller et udgangspunkt, og der kræves langt mere for, at forandringsprojekter kan fastholdes. Der kræves en viden om, hvordan man håndterer livsstilsændringen i det konstant foranderlige hverdagsliv. Det forudsætter en viden om hvordan forandringer kan passes ind i rutiner og traditioner i familien, en viden om og lydhørhed overfor kroppens reaktioner, samt en viden om, at livsstilsændringer tager tid – lang tid. Desuden er ”forandringen altid knyttet til spørgsmålet om hvem vi er, har været, og gerne vil være, dvs. til spørgsmål om moral og identitet” (ibid:158).

Selvom Grøns studie omhandler voksne, kronisk syge patienter og således befinder sig i forebyggelse mere end i sundhedsfremme, er det klart, at hendes fremhævelse af gentagelsen og vigtigheden af åbenheden i forhold til endemål og resultaterne vurderes at være yderst relevante for diskussionen her. ”Erfaringsviden i kroppen” er et begreb Grøn anvender for at illustrere, at der er forskel på viden om kroppen og viden *i* kroppen. Denne ’erfaringsviden i kroppen’ bliver til gennem gentagne forsøg og erfaringer af at komme et lille stykke vej. Gennem disse erfaringer af at lykkes med noget (for en tid) etableres den form for viden som skal bygges ovenpå den sundhedsfaglige, for at livsstilsændringer faktisk kan lykkes på længere sigt. Jensen og Johnsen peger på, at hvis den enkelte skal være sundere, bør indsatsen i højere grad fokusere på at mobilisere det overskud, der gør en i stand til at møde livet med alt, hvad det indebærer af sorg og glæde (2000:96) Dermed bliver den måde, hvorpå den enkelte (re)agerer på omstændighederne, af største betydning for følelsen af sammenhæng og dermed for individets sundhedsstilstand.

I beskrivelserne af ’Du bestemmer’ fremgik det af flere af eksemplerne, at børnene fandt mod til at handle og reagere på omstændighederne. En kunne sige fra overfor venners invitation til at være med i hashrygning, en holdt op med at flygte fra en bande og begyndte at tro at han kunne håndtere det, hvis de dukkede op, en fik ven-

ner i klassen, og en anden fik besluttet sig for at skifte skole. Også familierne fik ændret på nogle ting i deres hverdag; en fik struktureret tid og indkøb, en anden begyndte at cykle frem for at køre i bil – osv. Pointen afspejles også af flere andre evalueringer af anvendelsen af 'Du bestemmer' (fx Rytting & Ottosen 2005, Nielsen & Gerlow 2004, Ammitzbøll 2005).

Metodens praksis resulterer for nogle deltagere i en bredere sundhedsforståelse, øget selvværd og en følelse af selv at kunne gøre noget, og faktisk at få det gjort, med andre ord øget handlekompetence. Rytting & Ottosen taler ligefrem om en cirkeleffekt i forhold til selvværd. Cirklen starter med at deltagere får øgede kompetencer og dermed øget selvtillid og udstråler større selvværd, hvilket påvirker andres syn på dem og skaber nye forventninger til dem, hvilket så igen øger deres selvværd og selvtillid (2005:32).

Traditionel sundhedsvejledning/undervisning anbefaler en bestemt viden, forståelse og adfærd og antager, at der er en lineær sammenhæng mellem viden og praksis. 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger' tager derimod udgangspunkt i erfaringer, følelser og vurderinger, hvilket ikke fører til en bestemt adfærd, men til en refleksion over muligheder og begrænsninger. Denne refleksion kan resultere i øget handlekompetence, fordi der inddrages viden om de særlige sociale omstændigheder som individet befinder sig i. Manglende viden om sundhed, fx i relation til kost, er sjældent problemet, når der tales om overvægt. 'Du bestemmer' og 'Aktive vurderinger' kan således anvendes til at igangsætte de erfaringsprocesser, der ifølge Grøn giver viden *i kroppen*, og dermed skaber viden, der på sigt giver den enkelte handlekompetence og evnen til varig forandring.

11 Konklusion og anbefalinger

Undersøgelsen har vist, at de to metoder 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' på hver sin måde giver sundhedsplejerskerne vigtige redskaber i såvel det forebyggende som i det sundhedsfremmende arbejde. Deres anvendelsesområder er forskellige, og de kan derfor ikke erstatte, men derimod supplere hinanden.

Begge metoder lægger op til en anderledes form for kommunikation end den traditionelle sundhedsundervisning, som er mere afsender-centreret og tjekliste-styret. Metodernes indførelse i begyndelsen af 1990'erne kan ses som et led i et paradigmeskift indenfor sundhedsundervisning, hvor der brydes med et moraliserende paradigme med fokus på adfædsændring gennem sundhedsoplysning. I stedet går man over til et mere demokratisk paradigme, som definerer barnet som aktør og som tager udgangspunkt i at barnet lærer at handle gennem dialog, deltagelse og refleksion. Dermed lægger metoderne op til et andet læringsbegreb, der har fokus på børnenes handlekompetence. Det indebærer, at sundhedsplejerskens kommunikationsform må ændres i retning fra en mere lineær og afsender-centreret kommunikation til en modtager-centreret, der stimulerer dialog, deltagelse og refleksion.

Det er dog væsentligt at pointere, at de to metoder kan noget forskelligt og retter sig mod forskellige målsætninger.

'Aktive vurderinger' kan med fordel anvendes, hvis målet er at formidle viden om sundhed på en måde, der sandsynligvis øger den enkeltes refleksioner og dermed mulighed for at vælge en adfærd, der fremmer sundheden.

'Du bestemmer' kan med fordel anvendes, hvis målet er at øge børnenes selvværd og handlekompetence. For mindre ressourcestærke børn og unge er det særligt sandsynligt, at 'Du bestemmer' giver dem erfaringer, der sætter dem i stand til at etablere varige forandringer for bedre sundhed.

'Aktive vurderinger'

'Aktive vurderinger's betydning for børnenes individuelle sundhedsopfattelse forekommer i undersøgelsen mere usikker end 'Du bestemmer'. Man skal imidlertid ikke underkende, at der formentlig er et langt bedre udbytte af viden, der formidles via dialog som i 'Aktive vurderinger' end i traditionel sundhedsundervisning. De refleksioner, som metoden afføder, kan meget vel føre til øget handlekompetence, idet de udgør den basis af sundhedsfaglig viden, som også er nødvendig i en forandringsproces.

Det vurderes, at metodens popularitet skyldes, at den er fremmede for dialogen og, at sundhedsplejersken her kan finde en balance mellem på den ene side at have et budskab og på den anden side at skulle være lyttende overfor de holdninger, der kommer til udtryk. Det er oplagt, at børnene kan lide at blive hørt, set og anerkendt, og at det åbner for deres refleksion. Metodens dialogiske karakter kan åbne for, at børnene/de unge tænker nuanceret over sundhedsrelaterede problemstillinger.

ger. Det varierer dog efter alder og abstraktionsevne i hvor høj grad, børn er i stand til at reflektere dybere over disse forhold. Anbefalingen er derfor, at sundhedsplejersker i planlægningen af undervisningsforløb efter metoden 'Aktive vurderinger' tager højde for dette.

Metoden 'Aktive vurderinger' kan anvendes til alle aldersgrupper, hvis øvelserne udvælges ud fra det niveau af refleksion, som man kan forvente på de forskellige udviklingstrin.

'Du bestemmer'

Som nævnt ovenfor er vurderingen i rapporten, at der i 'Du bestemmer' umiddelbart er tale om en mere modtagercenteret tilgang, end det er tilfældet i 'Aktive vurderinger'. I teorien skal barnet, den unge eller familien selv melde sig til et 'Du bestemmer' forløb, og arbejdet drejer sig om et problem, som deltageren selv vælger. Det er barnet eller den unge selv, der vælger, hvad der er relevant.

Dette subjektive valg af fokus/problem i 'Du bestemmer' rejser dog et problem i forhold til sundhedsplejerskens sundhedsfaglighed: Er det f.eks. meningsfuldt at arbejde med en målsætning om at reducere cola-indtaget fra halvanden til en halv liter dagligt? Er det objektivt relevant? Og hvordan skal sundhedsplejersken reagere, hvis målet ikke er objektivt relevant? Man kan sige, at denne faglige tvivl netop er prisen for at lade folk selv definere, hvad der er relevant for dem. Man må således vælge mellem adfærdsmodifikation og handlekompetence, idet der kan være et oplagt modsætningsforhold mellem de to – hvad der er objektivt relevant, er det ikke nødvendigvis subjektivt. Men hvis målet grundlæggende er at lære en handlingsstrategi og opøve handlekompetence, er det ikke afgørende, om der er tale om en væsentlig adfærdsændring eller en anden form for handling. Uanset hvordan målsætningen ser ud for sundhedsplejerskens sundhedsfaglige blik, er det centrale i metoden, at barnet/den unge får en følelse af at kunne ændre på noget i sit liv. Den følelse eller erfaring giver selvværd og kan bruges senere som en erfaring om, hvad der skal gøres for at ændre ved (sundheds)tilstande, man ikke er tilfredse med.

Det vil sige, at metoden giver anerkendelse og lægger op til værdiafklaring, akkurat som 'Aktive vurderinger'. Dette dog tættere på den enkelte, især fordi der er tale om et langt forløb med individuelle samtaler, hvor deltagerne støttes i at sætte sig mål og nå dem. Der skabes med andre ord et handlerum, inden for hvilket handlekompetence faktisk kan udvikles i praksis.

På den baggrund anbefales at tilbyde et 'Du bestemmer' forløb til de, der i sundhedsfaglige termer kaldes 'børn med særlige behov', snarere end at tilbyde metoden til alle skolebørn, sådan som det oprindeligt var tænkt af skaberne af metoden. En sådan prioritering kan berettige det ressourceforbrug, som et 'Du bestemmer' - forløb indebærer, og samtidig sikre, at den lovmæssige bestemmelse om særlige tilbud for 'børn med særlige behov' bliver opfyldt.

'Du bestemmer' synes særlig velegnet til børn med særlige behov, der i særlig grad har brug for støtte i deres udvikling af handlekompetence i relation til sundhed.

Brug og organisering af metoderne

Denne undersøgelse lægger op til, at sundhedsplejersker og lokale politikere reflekterer over, hvad man vil opnå med skolesundhedstjenesten og ekspliciterer denne overvejelse og prioritering gennem en planlægning af hvilke metoder, der skal anvendes på forskellige klassetrin og til hvem. Der synes at herske en vis usikkerhed eller misforståelse blandt sundhedsplejersker med hensyn til lovens krav om hyppigheden af måling, vejning og synstest af børnene. Mange sundhedsplejersker i undersøgelsen har givet udtryk for den misforståelse, at loven foreskriver årlige screeninger. En virksomhedsplan, der konkret angiver, hvad der skal tilbydes på forskellige klassetrin, kan evt. imødekomme denne misforståelse og styrke indsatsen¹⁸. Undersøgelsen viser, at det er nødvendigt at kanalisere ressourcer direkte til anvendelsen af metoderne og derved foretage en øremærkning af ressourcerne, hvis man ønsker specifikke metoder anvendt.

Metoderne 'Aktive vurderinger' og 'Du bestemmer' er velegnede måder at organisere og implementere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats i sundhedsplejen på, men anvendelsen af dem fordrer en bevidsthed om prioriteringer og ressourceforbrug, herunder både i form af tid til planlægning og gennemførelse samt til kollegial supervision.

En sådan prioritering og planlægning kan være problematisk i forhold til metodefrihed, som har høj værdi i faggruppen. Der er dog ikke nødvendigvis tale om et modsætningsforhold, idet sundhedsplejerskerne gennem indflydelse på målsætninger og virksomhedsplaner stadig ville kunne gøre deres faglige synspunkter og ønsker gældende.

Undersøgelsen viser, at det synes nødvendigt, at skabe et miljø, hvor anvendelsen af metoderne vurderes kontinuerligt. En sådan tilgang kan eventuelt fremmes gennem et samarbejde på tværs af skoler, områder eller endog kommuner, hvor man udveksler erfaringer og laver udviklingsarbejde med hensyn til anvendelsen af metoderne i stadig nye sammenhænge.¹⁹

At kunne opretholde en balance mellem at give børnene plads til at fokusere på det, de synes er vigtigt og formidle det, der er sundhedsfagligt vigtigt kræver en stærk faglighed, hvor sundhedsplejersken skal turde give slip på tjeklisten og stole på at den nødvendige faglige 'fakta' viden alligevel finder vej ind i arbejdet. Den stærke

¹⁸ Et af eksemplerne på brugen af "Aktive vurderinger" stammer fra en kommune, hvor man netop har en detaljeret plan for skolearbejdet, som alle sundhedsplejersker arbejder ud fra. Dette giver ikke alene mulighed for, at metoderne bruges i praksis, men også for kollegial supervision – "alle kolleger laver "Aktive vurderinger" i 5. klasse, så er det let at dele erfaringer med kollegerne" (Sundhedsplejerske, Region Sjælland).

¹⁹ Man har både i Ringkøbing og København uafhængigt af hinanden udviklet skemaer inspireret af "Du bestemmer" til anvendelse som udgangspunkt for sundhedssamtaler. Det synes oplagt, at sundhedsplejersker fra de to områder kunne have glæde af videns udveksling.

faglighed er betinget af kollegial supervision, tæt samarbejde og en konstant dynamisk tilgang til skolesundhedsarbejdet.

Det bør sikres, at der etableres kollegiale sammenhænge, hvor udvikling af fagligheden kan foregå, når nye metoder skal anvendes.

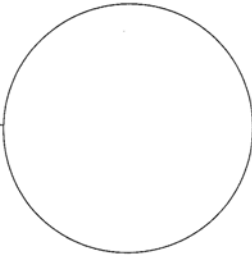
Denne undersøgelse har vist, hvordan metodernes praksis udfolder sig, og hvilken betydning, de har for henholdsvis børn og unge og for sundhedsplejerskerne. Den har også vist, hvordan metoderne udfordrer sundhedsplejen som institution og afspejler en forandringsproces, der indebærer nye måder at tænke sundhed og sundhedsplejens ydelser på.

Bilag

Bilag 1



Godt og dårligt

Meget godt	
Godt	
Mindre godt	
Dårligt	

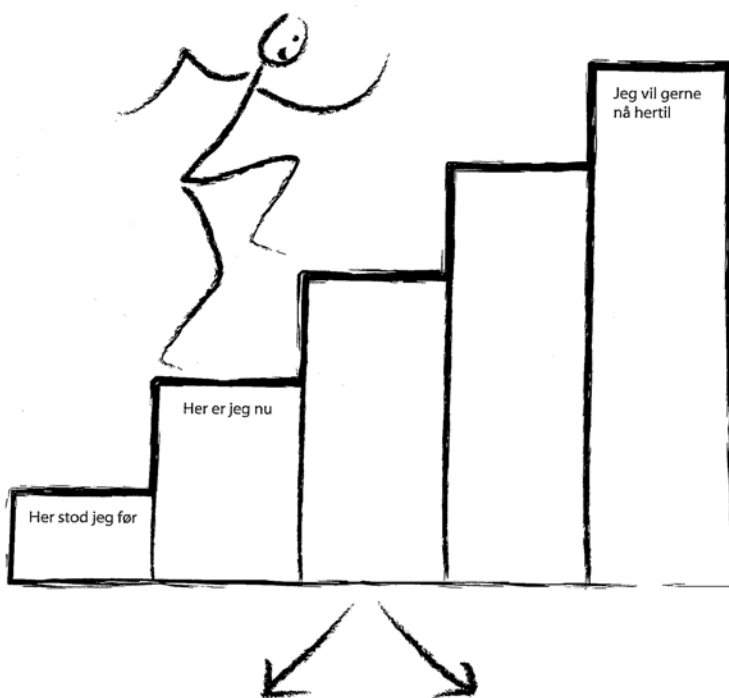
Arbejdsark 4. ROSA



Strategi

Det er mit mål at _____

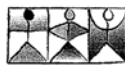
I perioden _____



Det bliver lettere at nå trinnet, når:

Det bliver sværere at nå trinnet, når:

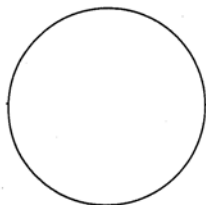
Arbejdsark 5. HVID



Fri og fastlåst

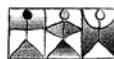


Dette får mig til at føle mig fri

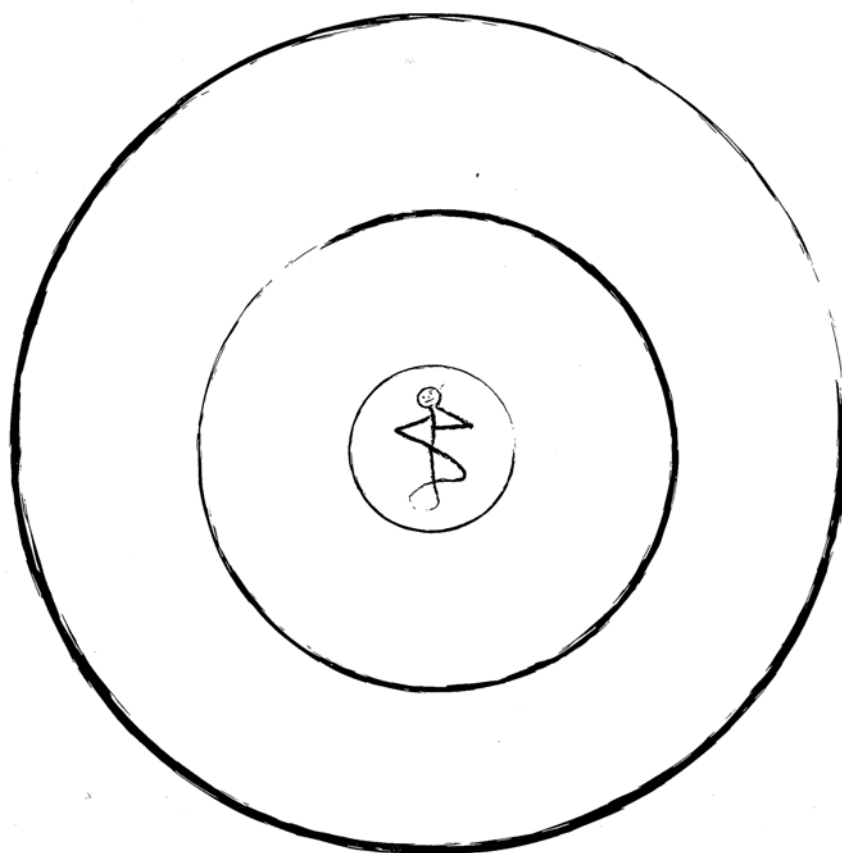


Dette får mig til at føle mig fastlåst

Arbejdsark 7. GRØN



Hvem/hvad har indflydelse på ...



Referenceliste

- Aborelius, Elisabeth
2002 (1995) Hvorfor gør de ikke som vi siger? Teori og praksis om at påvirke menneskers livsstil.
Ringkøbing Amt, Sundhedsfremmeafdelingen.
- Ammitzbøl, Janni
2005 Evaluering af projekt "Vægten indeni".
Ringkøbing Amt, Sundhedsafdelingen.
- Antonovsky, Aaron
2000 (1988) Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask.
København : Hans Reitzels Forlag.
- August,Linda
Sundhedssamtalen: En dialog om sundhed.
- Lohman-Devantier,
Eva & Thastrup
Birgitte
2006 I Sundhedsplejen ved en skillevej? Erfaringer fra udviklingsprojekter i Københavns Kommune.
Sundhedsplejen, Københavns Kommune.
- Bandura, Albert
1995 Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. I Bandura (red.): Self-efficacy in Changing Societies. Cambridge University Press p. 1-45.
- Buus, Henriette
2001 Sundhedsplejerske-institutionens dannelse. Et kulturteoretisk og kulturhistorisk analyse af velfærdsstatens embedsværk. København:
Museum Tusulanums Forlag.
- Christensen, Gudrun
1999 Næring og nydelse i ernæringsoplysningen. Diskursiv regulering af mad- og spisevaner 1936-85. Tidsskriftet Antropologi 39: 95-108
- Dalsgård, Lise m.fl.
2006 'Du bestemmer' – nye sammenhænge, nye muligheder. Udgivet i samarbejde mellem Københavns Kommune, Region Midtjylland og Roskilde Kommune. (Lærebog til kurset i 'Du bestemmer')
- Edvardson, Ingrid &
Håkonson, Anders
1997 Forsøk till utvärdering av intervention. Enkät om elevers rökvanor. *Läkertidningen* Läkertidningen 94, 20: 1889-91.
- Glismann, Hannah
2004 Du bestemmer! – selv? En undersøgelse og analyse af en sundhedspædagogisk metode København:
Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Grøn, Lone
2005 Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv.
Vejle Amts Sundhedsforvaltning..
- Hillerød Kommune
2006 Afrapportering af evaluering af sundhedsplejens brug af metoden 'Aktive vurderinger'.

- Honoré J & Poulsen.A
2008 "Aktive vurderinger" en sundhedspædagogisk metode
Kompendium udleveret på kursus, september 2008
- Jensen, Bente
2008 Social ulighed i børns og unges sundhed – belyst med
begreber om kompetence og social kapital. I Johansen, A
(red.): *Social ulighed blandt børn og unge*.
Statens Institut for Folkesundhed. p.181-191.
- Jensen, Bjarne Bruun
2005 Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige
paradigmer? I Tidsskrift for forskning i sygdom og
samfund 3: 67-87.
- Jensen, Bjarne Bruun &
Schnack, Karsten (red.)
1993 Handlekompetance som didaktisk begreb. Didaktiske stu-
dier, bind 2, København: Danmarks Lærerhøjskole.
- Johansen, Anette m.fl.
2009 Danske børns sundhed og sygelighed. København:
Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Kamper-Jørgensen F,
Almind G (red.)
2001 Forebyggende sundhedsarbejde: baggrund, analyse og
teori, arbejdsmetoder. 4. udg. København: Munksgaard
Danmark, Københavns Kommune.
- Københavns Kommune
2008 Sundhedsplejens værdigrundlag. Børne- og Ungdomsfor-
valtningen, Københavns Kommune.
- Nielsen, Jimmie Gade
& Gerlow, Jeanette
2002 Evaluering af projekt for familier med overvægtige børn.
Udviklings- og formidlingscenter for børn og unge i
samarbejde med Københavns Kommune, Rigshospitalet
Institut for Human Ernæring, KVL.
- Olsen, Ole Fendinge
(red.)
2005 Skolesundhedsarbejde. Sundhedsstyrelsen / Munksgaard.
- Prochaska J.O &
DiClemente, C.C
& Norcross, J.C.
1992 In search of how people change.
American Psychologist 47 (9): 1102-1114.
- Poulsen, Annette
2002 Sundhedsplejerskens sundhedssamtale. I:
Klinisk Sygepleje 18, (3): 13-23.
- Ringkøbing Amt
1995-97 "Du bestemmer" projektet – en anderledes form for
sundhedssamtaler. Ringkøbing Amt.
- Roesen, Jette Winter
2006 Sundhedsplejen ved en skillevej? Erfaringer fra
udviklingsprojekter i Københavns Kommune.
Sundhedsplejen, Københavns Kommune.
- Ryttig, Rikke &
Ottesen, Laila
2005 Ekstern evalueringsrapport: Forebyggende tiltag for
overvægtige piger i Københavns Nordvestkvarter.
Institut for Idræt, Københavns Universitet.

Skottfelt, Birgitte 2006	Sundhedspædagogisk tilbud til børn, der har risiko for at udvikle overvægt. I Sundhedsplejen ved en skillevej? Erfaringer fra udviklingsprojekter i Københavns Kommune. Sundhedsplejen, Københavns Kommune.
Sundhedsstyrelsen 2007	Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Anbefalinger.
Sundhedsstyrelsen 2005	Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed.
Undervisningsministeriet 1995	Sundhed- og seksualundervisning og familiekundskab, faghæfte 21, Undervisningsministeriets Forlag.
Wistoft, Karen, Bruun Jensen, Bjarne & Roesen, Jette Vinter 2005	Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedstjenesten. København: Danmarks Pædagogiske Universitet.
Vallgård, Signild 2005	Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne. I Sygdom og Samfund. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 3: 5-15.