

Sundhed som en del af skolens hverdag
– hvordan kan lærere bidrage som
sundhedskoordinatorer?

Susanne Gyldenhorf

Master of Public Health

MPH 2013:7



norden

Nordic School of Public Health
NHV

Sundhed som en del af skolens hverdag
– hvordan kan lærere bidrage som sundhedskoordinatorer?

© Nordic School of Public Health NHV
ISSN 1104-5701
ISBN 978-91-86739-63-8



Master of Public Health

– Examensarbete –

Examensarbetets titel och undertitel Sundhed som en del af skolens hverdag – hvordan kan lærere bidrage som sundhedskoordinatorer?				
Författare Susanne Gyldenhof				
Författarens befattning och adress Leder af den Kommunale Tandpleje Sønderborg kommune Stråbjergvej 5, 6400 Sønderborg, Danmark				
Datum då examensarbetet godkändes 13.12.2013			Handledare NHV/Extern Lektor og ass. Professor Karen Wistoft	
Antal sidor 44	Språk – examensarbete Dansk	Språk – sammanfattning Dansk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 978-91-86739-63-8

Formålet: Formålet er, at få viden om hvordan sundhedskoordinatorfunktionen i folkeskolen opfattes ud fra ledelsens, lærerkollegernes og koordinatorernes eget perspektiv, herunder hvordan opfattes skolens ansvar for at fremme sundhed og trivsel for eleverne, og hvilke styrker og barrierer funktionen har som fremmer implementering af handleplanens mål.

Metode: Der blev gennemført 3 fokusinterviews med henholdsvis lærere og sundhedskoordinatorer og 4 individuelle interviews med ledere efter en semistruktureret interviewguide. Fænomenografi blev anvendt som analysemetode.

Resultat: Der fremkom 4 beskrivende kategorier og 12 delkategorier. De 4 beskrivende kategorier var: *Skolen har en opgave; En vigtig nøgleperson; Ledelse har betydning og Det flytter sig.* Der var en fælles opfattelse af, at skolen har en meningsfuld rolle i at fremme børns sundhed og trivsel. Informanterne taler ud fra WHO's positive og brede sundhedsbegreb. Indsatsen skal være flerstrengt og kræver en klar prioritering og lang implementeringsperiode. Lærerne oplever, at sundhedskoordinatoren holder fokus og støtter dem i deres arbejde, og lederne opfatter dem som understøttende i deres ledelsesfunktion. Koordinatorerne skal have de fornødne kompetencer, og rammer for deres opgaveløsning. Koordinatorerne beskriver i højere grad deres erfaringer og viden med sundhedsfremmende og sundhedspædagogiske termer. Sundhedskoordinatorerne beskriver positiv betydning af en engageret ledelsesopbakning. Der er sket en positiv holdningsændring til både sundhedskoordinatorerne, og den lange række indsatser de har bidraget til eller stået for.

Konklusion: At arbejde med at fremme sundhed og trivsel i folkeskolen opleves som en meningsfuld opgave og informanterne er bevidste om skolens rolle og ansvar. Der er brug for både en tydelig politisk og ledelsesmæssig prioritering for at komme på skolernes dagsorden og tilstrækkelig tid til implementering. Sundhedskoordinatorfunktionen opleves som en nyttig ressource af alle informanter. Setting tilgangens mange elementer genkendes af informanterne, og foreslås derfor som en hensigtsmæssig ramme for det videre arbejde.

Nyckelord

sundhedsfremme, skole, setting, sundhedskoordinator, lærer



Master of Public Health

– Thesis –

Title and subtitle of the thesis Health as a part of everyday school life - how can teachers as health coordinators contribute?				
Author Susanne Gyldenhof				
Author's position and address Head of dental surgery, Sønderborg kommune Stråbjergvej 5, 6400 Sønderborg, Danmark				
Date of approval 13.12.2013			Supervisor NHV/External Lektor and ass. Professor Karen Wistoft	
No. of pages 44	Language – thesis Danish	Language – abstract Danish/english	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 978-91-86739-63-8

Purpose: This study aimed to increase understanding by management, teachers and health coordinators regarding the role of health coordinators in schools and to investigate schools' responsibility in promoting student health and well-being. The aim was also to identify the strengths and barriers of health coordinators regarding implementation of a program of action.

Methods: Based on semi-structured interview guides, three qualitative focus group interviews and four individual interviews were conducted with managers, teachers and health coordinators at a total of four schools. The method of analysis was phenomenography. **Results:** 4 categories and 12 subcategories were developed. Categories included (i) the school has a task, (ii) an important key person, (iii) management matters, and (iv) it makes a difference. All informants agreed that school plays a meaningful role in promoting children's health and well-being. The informants use the broad and positive health concept exemplified by the World Health Organization. The measure must be multifaceted, demand a clear priority, and provide an extensive implementation period. The teachers as health coordinators must have the right qualifications and operate within a fixed structure. Management predominantly viewed health coordinators as supportive, and teachers expected health coordinators to maintain focus and support them in their jobs. When describing their experiences and knowledge, health coordinators frequently used health promotion and education terminology. They also viewed leaders' support as essential. The results show a positive change in attitude toward the health coordinator function and describe different initiatives implemented by health coordinators.

Conclusion: Promoting health and well-being in schools is a meaningful job that requires schools to provide clear political and managerial priorities and sufficient time for implementation. All informants recognized the usefulness of the health coordinator's role. Informants recognized that the setting approach includes many elements that provide a suitable frame for continued effort.

Key words

health promotion, school, setting, health promotion coordinator, teachers

1. BAGGRUND	5
1.1 Indledning	5
1.2 Handleplanen "Sundhed og trivsel i folkeskolen 2009-2012"	6
1.3 Børns og unges sundhed og trivsel	8
1.5 Folkesundhedsperspektiv	9
1.6 Undersøgerens position og forforståelse i studiet	9
2. PROBLEMFORMULERING	10
2.1 Formål	10
2.2 Forskningsspørgsmål	10
3. TEORETISK REFERENCERAMME	11
3.1 Sundhedsparadigmer og pædagogik	11
3.2 Setting - perspektivet	12
3.4 Implementering	13
4. METODE OG MATERIALE	15
4.1 Forskningsmetode	15
4.2 Udvalgelse af informanter	15
4.3 Dataindsamling	16
4.4 Analyse	17
4.6 Undersøgelsens reliabilitet og validitet	17
4.7 Etik	17
5. RESULTAT	18
5.1 Skolen har en opgave	18
5.2 En vigtig nøgleperson	22
5.3 Ledelse har betydning	25
5.4 Det flytter sig	27
6. DISKUSSION	30
6.1 Diskussion af resultat	30
6.2 Metodediskussion	34
7. KONKLUSIONER OG PERSPEKTIV	36
7.1 Konklusion	36
7.2 Perspektivering	37
9. REFERENCER	39
9. BILAG	41

1. BAGGRUND

1.1 Indledning

Danmark har fået en ny Sundhedslov (Sundhedsloven, 2008) og med den har kommunerne fået ansvar for at skabe rammer for en sund levevis og at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Sønderborg Kommunes Byråd vedtog derfor i 2009 en sundhedspolitik, hvori den sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for blandt andre børn og unge var højt prioriteret (Byrådet, 2009)

Prioriteringen udsprang blandt andet af en viden om, at børn og unges sundhedsadfærd og livsstil har stor betydning for deres sundhed og trivsel, samt en antagelse om at børn og unge, der er sunde og trives, har lettere ved at lære. Den adfærd der grundlægges i barn- og ungdommen vil med stor sandsynlighed videreføres ind i voksenlivet. Desuden er det muligt at påvirke adfærden gennem sundhedsfremmede indsatser (Rasmussen, 2011). Endelig var det erkendelsen af, at socialt udsatte børn er sundhedsmæssigt de mest belastede (Rasmussen, 2011). Danske børn og unges sundhed og trivsel er for de fleste rigtig god, men et mindretal trives ikke og lever ikke sundt (Rasmussen, 2011).

Der findes ikke nationale mål for børn og unges sundhed i Danmark. Men i 2009 nedsatte den daværende regering en Forebyggelseskommission, som kom med en række anbefalinger for den forebyggende indsats på blandt andet området for børn og unge (Forebyggelseskommissionen, 2009). Anbefalingerne går på udvikling af materiale til skolens sundhedsundervisning, mere fysisk aktivitet, certificeringsordning af skolemaden, gratis frugtordning, udarbejdelse af alkoholpolitikker og bedre samarbejde mellem faggrupper der arbejder med børn.

Skolen er længe blevet betragtet som en værdifuld setting, når målet er at fremme børn og unges sundhed og trivsel (Green, 2010) (Parcel, 1999). De fleste børn kan nås via skolen, idet skolen har mulighed for at påvirke eleverne, og børnene tilbringer mange af deres vågne timer i skolen gennem hele skoleforløbet (Green, 2010). Integrering af sundhedsfremmende initiativer i skolen som setting betyder ikke, at det kun handler om at integrere sundhedsfremme som en del af undervisningen, men det handler også om at skabe sunde rammer for eleverne, dvs. hele skolens miljø, kompetenceudvikling af lærerne, elevinddragelse og inddragelse af det omgivende samfund (Green, 2010). Denne tilgang understøttes af de danske erfaringer fra blandt andet den sundhedsfremmende skole (Bruun Jensen, 2000) (Sørensen, 2009).

Med udgangspunkt i den viden udarbejdede de to fagforvaltninger under Børne- og Uddannelsesudvalget og Sundhedsudvalget i Sønderborg Kommune i samarbejde handleplanen *Sundhed og trivsel i folkeskolen 2009 – 2012* (Sundhedsudvalget, 2009).

1.2 Handleplanen ”Sundhed og trivsel i folkeskolen 2009-2012”

Handleplanen dækkede kommunens 21 folkeskoler med ca. 10.000 elever i alderen 6 til 17 år. Handleplanen bestod af ti indsatsområder, nemlig:

1. Etablering af en videnbank
2. Inddragelse af sundhedsfagligt personale i undervisningen
3. Fælles økonomisk pulje til ansøgninger
4. Børn og familier med særlige behov
5. Morgenmåltid
6. Frugtordning
7. Motion
8. Mentorordning
9. Sundhedskoordinatorer i skolerne
10. Viden om børns sundhed og trivsel.

Forebyggelse af rygning var ikke indeholdt, da det kørte som en særskilt indsats.

Indsatsområderne involverede skolen som miljø, udvikling af lærernes kompetencer, elevinvolvering og udvikling af undervisningen. Handleplanen ligger således i sin tænkning tæt op ad konceptet Health Promoting School. (WHO, 2006) Et vigtigt redskab for indsatsen var Undervisningsministeriets faghæfte nummer 21: ”*Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab*” (Undervisningsministeriet, 2009). Faghæftet dækker et timeløst fag, hvilket betyder, at målene for faget skal nås ved at integrere faget i anden undervisning, f.eks. biologi, dansk, samfunds-fag eller lignende.

Formålene med det timeløse fag, som det er beskrevet i Faghæfte 21, er blandt andre, at eleverne tilegner sig indsigt i vilkår og værdier der påvirker sundhed, seksualitet og familieliv. De skal opnå forståelse for den betydning seksualitet og familieliv har for sundhed samt af samspillet mellem sundhed og miljø. Undervisningen skal knyttes til elevernes egne erfaringer og medvirke til udvikling af engagement selvtilid og livsglæde, de skal opnå erkendelse af egne og andres grænser. Endelig skal undervisningen medvirke til at eleverne udvikler forudsætninger for at de i fællesskab og med andre kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed (Undervisningsministeriet, 2009)

Målet med handleplanen var at fremme sundhed og trivsel og dermed også forebygge sygdom og dårlig trivsel. Målet med skolernes undervisning er ikke eksplicit sundhed, men at tilbyde viden og skabe rammer for læring.

Disse to mål har en nyttig gensidighed i sig, da en forbedring af elevernes sundhed skaber en forbedret indlæring og vice versa (Parcel, 1999)

Sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse har hidtil ikke været betragtet som en del af skolens kerneopgaver, hvorfor handleplanen blev udviklet og implementeret i samarbejde mellem de to ansvarlige politiske udvalg, de to fagforvaltninger, Børn og

Uddannelse samt Sundhed og Handicap samt med repræsentanter for skolerne på ledelses- og medarbejderniveau. Samarbejdet blev organiseret i en styregruppe med deltagelse af direktører og chefer, en projektgruppe med deltagelse af repræsentanter for skolerne og nøglepersoner i de to forvaltninger samt diverse arbejdsgrupper.

Kompleksiteten i handleplanen og ønsket om at understøtte implementeringen udmøntede sig særligt i handleplanens indsatsområde 9: *”Etablering af en sundhedskoordinatorfunktion på hver skole”*. Det er første gang i Danmark, at man på det samlede antal folkeskoler i en kommune vælger at etablere en sådan funktion. Det blev fra starten besluttet, at funktionen skulle dækkes af en eller flere nøglepersoner på hver af kommunens store og små skoler. Det kunne være lærere eller andre personer med relevant uddannelse, således at de pædagogiske/didaktiske kompetencer blev sikret i varetagelsen af undervisningen i forhold til Faghæfte 21. Funktionen blev igangsat ved begyndelsen af skoleåret 2009 – 2010. De fjorten 14 store skoler med årgange fra 0. til og med 9. klasse blev tildelt 100 timer pr. år, og de syv skoler med årgangene fra 0 til og med 6. klasse blev tildelt 50 timer pr. år. I det første år fungerede en del af lederne som koordinators, men herefter var det i overvejende grad lærere, der havde funktionen. Længt de fleste på baggrund af en særlig interesse for børnenes sundhed og trivsel og skolens indsats i den forbindelse.

Der blev fra starten etableret et netværk for sundhedskoordinatorerne. Projektgruppen havde ansvaret for gennemførelse af møderne, indkaldelse, dagsorden med videre. Netværksgruppen fungerer som mødested, hvor koordinators kunne dele viden og sparre med hinanden. Desuden har koordinators gennemgået et kompetenceudviklingsprogram indeholdende blandt andet Faghæfte 21, sundhedspædagogik, fysisk aktivitet og sund mad, kommunikation og formidling i forhold til funktionen som sundhedskoordinator, samarbejds muligheder med de lærere som har særlige funktioner omkring trivselsfremmende aktiviteter og nu senest skolen som setting.

Der blev udarbejdet en funktionsbeskrivelse (bilag 1), som på baggrund af erfaringerne det første år blev tilpasset praksis. Funktionsbeskrivelsen beskrev konkret hvilke opgaver koordinatoren havde på skolen i forhold til handleplanen, herunder formidling af viden til kolleger, samarbejde med ledelsen og rollen som igangsætter og inspirator. Desuden skulle koordinatoren deltage i netværket og den tilrettelagte kompetenceudvikling. Det blev også præciseret, at det pædagogiske /didaktiske udgangspunkt var faghæfte 21 (Undervisningsministeriet, 2009). Samtidig er de opgaver som ledelsen har ansvaret for beskrevet. Det drejer sig om, at skolens initiativer vedrørende sundhed og trivsel skal beskrives i den årlige kvalitetsrapport som skolerne, jævnfør Kvalitetsrapportbekendtgørelsen, skal udarbejde (Undervisning, 2007) samt at skolen årligt skal udarbejde en handleplan for det kommende år på baggrund af en evaluering og erfaringsopsamling fra det foregående år.

Ved udgangen af 2012 blev det vedtaget, at der skulle ske en videreførelse af indsatsen, herunder sundhedskoordinatorfunktionen. Det sker med udgangspunkt i en ny handleplan for årene 2013 – 2014.

1.3 Børns og unges sundhed og trivsel

Skolebørnsundersøgelsen (HBSC) fra 2010 (Rasmussen, 2011), som belyser 11-, 13-15-åriges helbred, sundhedsadfærd og trivsel, viser, at langt de fleste børn er sunde, raske og trives godt. Dog er der et mindretal, som det ikke gælder for, og det mindretal er i flere sammenhænge ganske stort. De parametre, der måles på, er sociale og demografiske faktorer, helbred og trivsel, sundhedsadfærd, sociale relationer og mobning. Faktorer som børn og unge også selv forbinder med sundhed (Bruun Jensen, 2005). Undersøgelsen gennemføres ca. hvert 4. år, hvilket giver mulighed for at vurdere udviklingen over tid (Rasmussen, 2011).

De fleste elever oplever, at de har et godt eller meget godt helbred. Dog er der mange, der oplever symptomer såsom hovedpine, ondt i ryggen, mavepine, indsovningsbesvær eller som ofte er kede af det. Faktisk er der omkring ca. en fjerdel af både drenge og piger som oplever mindst et dagligt symptom. Livstilfredsheden er faldet over tid, særligt blandt de ældste elever, hvor det kun er cirka en fjerdel, der oplever høj livstilfredshed. Også blandt de ældste elever er der færrest der oplever skoletilfredshed. Dog er der generelt en stigende tendens blandt de yngre i forhold til skoletilfredshed.

Mobning er, formodentlig på grund af en målrettet indsats i skoler og lignende steder, faldet gennem de seneste år. Dog er der stadig mindst 6 % af eleverne, der oplever mobning mindst et par gange om måneden.

Der ses en tendens til, at der er flere elever, der har voksne og en ven de kan tale fortroligt med. Dog er der et stort mindretal, som oplever at de ikke har nære kontakter til kammerater og fortrolige voksne at snakke med.

Der er færre, der ryger end tidligere, men det er stadig cirka 10 % af de ældste børn, der ryger tobak og små 20 % der har prøvet at ryge hash. Der er færre 15-årige som drikker alkohol mindst ugentlig, men den positive udvikling, med færre der har prøvet at være fulde, er stagneret. Og Danmark har stadig den internationale rekord i alkoholforbrug blandt børn og unge.

De færreste børn, kun 30 – 40 %, opfylder Sundhedsstyrelsens anbefalinger om 1 times motion om dagen (Sundhedsstyrelsen, u.d.)

Særligt bekymrende er det, at ca. 7 - 10 % i alle aldersgrupper dyrker nul timers fysisk aktivitet. Af drengene i 9. klasse er det helt op til 13 %. Og der er mere end 20 % der dagligt ser 4 timers fjernsyn, video eller dvd, og mellem 30 – 45 % der ser mindst 4 timers fjernsyn i weekenden.

Pigerne spiser generelt lidt mere frugt og grønsager end drengene, og hos drengene falder andelen med alderen. Og der er mellem 15- 30 % af alle børnene der ikke spiser frugt og grønt dagligt. Der er for alle aldersgrupper et faldende indtag af slik, chokolade og sodavand, men sukkerindtaget, særligt det raffinerede sukkerindtag er for højt for de fleste børn. Mellem 10 – 21 % spiser kun morgenmad 2 gange ugentlig eller sjældnere. Her gælder det, som på flere af de andre områder, at de usunde vaner stiger med alderen.

Den bekymrende stigning i andelen af overvægtige børn er stagneret. Dog er stadig ca. 10 % af alle børn overvægtige eller fede.

På de fleste af de nævnte parametre er der en betydelig social ulighed. Børn med de dårligste sociale vilkår scorer systematisk dårligst. Og når man ved, at de nævnte forhold har væsentlig betydning for deres generelle trivsel og indlæring (Rasmussen, 2011), er der rigtig god grund til at sætte systematisk ind for at ændre på disse forhold. Samtidig ved man, at skoleklassen har betydning for det enkelte barns sundhedsadfærd. Studier viser at adfærd i klassen smitter, både positivt og negativt (Due, 2007), hvorfor skolen også i den sammenhæng er et vigtigt sted at sætte ind.

1.5 Folkesundhedsperspektiv

I et folkesundhedsperspektiv er det oplagt at fokusere på børn og unges sundhed, sundhedsadfærd og trivsel, og hvordan man kan fremme disse faktorer. De vaner, som børn og unge tilegner sig vil med stor sandsynlighed videreføres i voksenlivet, men det er muligt at påvirke sundhedsadfærden i en sund retning gennem interventioner (Rasmussen, 2011). Der er mange årsager til udvikling af de store folkesygdomme, herunder også mentale sygdomme som stress, og de individuelle livsstilsfaktorer fylder meget. Det er usund mad, for lidt motion, rygning, for høj alkoholindtagelse og dårlig mental trivsel (Kjøller, et al., 2007).

At skolen er en hensigtsmæssigt setting understreges blandt andet af at langt hovedparten af børnene går i skole og tilbringer mange af deres vågne timer der (Green, 2010). Set i perspektivet social ulighed i sundhed, er der således også gode grunde til at sætte ind i skolen. Desuden er der evidens for, at interventioner, der fremmer sundheden, vil fremme bedre indlæring, og bedre indlæring fremmer sundheden (Parcel, 1999).

I Norden deltager både Norge, Finland, Sverige og Danmark i det internationale netværk for Health Promoting Schools (Burgher, 1999), ligesom de nævnte lande samt Island og Grønland også deltager i det internationale samarbejde om sundhedsprofiler på børneområdet, HBSC-undersøgelsen (Centre, u.d.).

1.6 Undersøgerens position og forforståelse i studiet

Dette studie er lavet på baggrund af min mangeårige interesse for og arbejde med det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Jeg er oprindelig sundhedsfagligt uddannet som sygeplejerske og har desuden en lederuddannelse. Jeg har bevæget mig over i det sundhedsfremme og forebyggende arbejde via projektarbejde, strategisk planlægning og projektledelse, samt ledelse af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde på kommunalt niveau. Jeg har ikke selv arbejdet i folkeskolen, men har samarbejdet med skolerne via projektsamarbejde af forskellig karakter. I handleplanen har jeg deltaget i styregruppen, på daværende tidspunkt som chef for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i kommunen. Min position i studiet er derfor præget af min strategiske og ledelsesmæssige interesse.

Da interviewene blev gennemført, var jeg overgået til en anden stilling uden for området. Det blev informanterne gjort bekendt med før interviewene. Min tidligere tilknytning til projektet kan derfor have påvirket informanternes svar. Jeg har tilstræbt at være objektiv i analyse og tolkningsprocessen, velvidende, at der er risiko for at det tidligere ansvar som chef for handleplanen kan ”farve brillerne” i mere positiv retning end der er belæg for.

2. PROBLEMFORMULERING

Folkeskolen er en væsentlig setting for kommuners folkesundhedsarbejde. At etablere sundhedskoordinatorfunktionen som støtte til implementering af handleplanen er en ressourcemæssig satsning, hvorfor det er relevant at undersøge, både hvordan rollen opfattes i skolen af koordinatorerne selv, og hvordan opfattelsen er blandt de øvrige lærere og skolernes ledelse med henblik på at implementere handleplanen ”*Sundhed og trivsel i Folkeskolen*”, med andre ord hvordan sundhedskoordinatorfunktionen sætter spor i skolens hverdag.

Der anlægges flere perspektiver på dette fokus på sundhedskoordinatorfunktionens spor i skolens hverdag: et pædagogisk, et sundhedsfagligt og et ledelsesmæssigt/organisatorisk perspektiv. Handleplanen er udarbejdet i et samarbejde mellem to politiske fagudvalg og to forvaltninger og er derfor en udmøntning af et strategisk og taktisk ledelsesarbejde (Forebyggelse, 2010). Det er i dette perspektiv studiet er designet, og det suppleres med både et pædagogisk og et sundhedsfagligt perspektiv, for at belyse de følgende forskningsspørgsmål med fokus på skolens personales oplevelser.

2.1 Formål

Formålet med studiet er at få viden om, hvorledes sundhedskoordinatorfunktionen opfattes ud fra et ledelsesperspektiv, et lærerkollega-perspektiv og koordinatorernes eget perspektiv. Herunder er det relevant at belyse, hvordan de opfatter skolens ansvar for at fremme sundhed og trivsel for eleverne, og hvilke styrker og barrierer funktionen har for at fremme implementering af handleplanens mål. Den indhentede viden kan anvendes til at identificere opmærksomhedspunkter, som kan bidrage til at videreudvikle funktionen på det politisk administrative niveau og lokalt på skolerne. Desuden er det håbet, at analyserne kan være et bidrag til en øget forståelse i *sundhedsverdenen* for *skoleverdenens* oplevede virkelighed. Endelig kan studiet ses som et bidrag til andre kommuners beslutningsgrundlag om etablering af en sundhedskoordinatorfunktion.

2.2 Forskningsspørgsmål

1. Hvordan opfatter skoleledere, lærerne og sundhedskoordinatorer skolens ansvar for at fremme sundhed og trivsel sammen med eleverne?
2. Hvordan oplever de, at sundhedskoordinatorfunktionen sætter spor i skolens hverdag, og hvordan vurderer de betingelser, barrierer og muligheder forbundet hermed?

3. Hvordan kan disse opfattelser bidrage til at belyse beslutningsgrundlaget omkring etablering af en sundhedskoordinatorfunktion på skoler, så også andre kommuner kan anvende beslutningsrationalerne.

Studiet skal via teoretiske og empiriske analyser forsøge at besvare disse forskningsspørgsmål.

3. BEGREBSMÆSSIG RAMME

3.1 Sundhedsparadigmer og pædagogik

Sundhed som begreb opfattes og fortolkes på flere måder (Green, 2010). Det kan være et såkaldt snævert og negativt begreb, hvor sundhed bliver forstået ud fra den enkeltes vaner og livsstil og som fravær af sygdom. Det kan omvendt være et bredt og positivt begreb, som rummer både livsstil og levevilkår og tilstedeværelsen af fysisk, psykisk og socialt og velbefindende - og dermed ikke kun fravær af sygdom. Den sidste opfattelse ligger i tråd med WHO's definition:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." (WHO, 2006)

Arbejdet med at fremme sundhed har traditionelt taget udgangspunkt i et snævert sundhedsbegreb ud fra medicinsk perspektiv og dermed i risikofaktorer relateret til livsstil, med fokus på patogenese og med et mekanisk syn på kroppen (Green, 2010).

Forebyggelsesbegrebet har sit ideologiske udspring i ovenstående opfattelse. Denne opfattelse indeholder den udfordring, at andre faktorer af betydning for sundhed, såsom sociale eller miljømæssige faktorer, ikke inddrages, og hermed gøres sundhed til et individuelt ansvar og anliggende (Green, 2010).

Sundhedsfremmebegrebet er langt bredere og tager udgangspunkt i det positive og brede sundhedsbegreb. Sundhedsfremmebegrebet er beskrevet i Ottawa-charteret, som er resultatet af den første internationale konference om sundhedsfremme i 1986 (WHO, 1988). Her beskrives sundhedsfremme som en proces, hvor den enkelte og befolkningen spiller en central rolle i at tage kontrol over eget liv, skabe handling og forandring alene og i fællesskab. Det beskrives, hvordan sundhed skabes der, hvor mennesker lever og har deres dagligdag, og der blev sat fokus på de sociale sammenhænge og miljøer, som mennesker indgår i.

Der blev peget på nogle væsentlige indsatsområder, som har bidraget til den senere udvikling af setting-begrebet, blandt andre at:

- udvikle sundhedsfremmende politik
- skabe støttende miljøer
- styrke indsatser i lokalsamfundet

- udvikle personlige færdigheder (WHO, 1988)

At udvikle personlige færdigheder og opnå kontrol over eget liv er som nævnt centralt i sundhedsfremme. Præcist her kan sundhedspædagogikken bidrage. Tidligere har sundhedspædagogikken kun været repræsenteret via skolens curriculum, hvor den har fokuseret på livsstil som forklaring på usundhed ved for eksempel rygning, alkohol mv. (Burgher, 1999).

Sundhedspædagogikken har udviklet sig og tager nu også udgangspunkt i at sundhed påvirkes både af livsstil og levevilkår, og derfor rettes pædagogikken nu mod begge felter. Et andet omdrejningspunkt i den sundhedspædagogiske tilgang er opbygning af handlekompetence med henblik på at kunne handle for at fremme sundhed for den enkelte og for fællesskabet (Bruun Jensen, 2010).

Der er fire centrale begreber inden for sundhedspædagogik. Det første er *handlekompetence*, som rummer bud på hvad skal der til for at man bliver i stand til at handle. Det er for eksempel viden, indsigt, visioner, handleerfaringer og kritisk sans. Det andet centrale begreb er *viden og indsigt*, hvilket som nævnt bidrager til handlekompetencen. Det er her afgørende at der pædagogisk arbejdes, så den viden og indsigt man opnår faktisk er operationel og kan lede til handling. *Deltagelse og dialog* er det tredje centrale begreb og det indeholder kort beskrevet at målgruppen er med i processen. Der er forskellige niveauer for målgruppens deltagelse og den professionelles aktive indsats i et pædagogisk projekt, men en professionel er forudsat som dialogpartner for målgruppen (Bruun Jensen, 2010). Det fjerde og sidste centrale begreb er *handling*. Forskning har bidraget med at udvikle handlebegrebet. Begrebet indeholder to aspekter: 1. målgruppen skal selv være med til at beslutte, at den pågældende handling skal iværksættes, hvilket betyder at der forudsættes deltagerinvolvering. 2. at det, der sættes i gang, retter sig mod at skabe en sundhedsmæssig forandring (Bruun Jensen, 2005). En handlingsorienteret sundhedspædagogik arbejder med målgruppens egne handlinger som en del af den pædagogiske proces. Det skal bidrage til målgruppens ejerskab og kompetenceudvikling og til skabelse af sundhedsfremmende forandring (Bruun Jensen, 2010)

3.2 Setting - perspektivet

Ottawa-charteret (WHO, 1988) blev centralt i udviklingen af begrebet *healthy settings*. Allerede dengang blev der identificeret tre vigtige indsatsområder i en skole-sammenhæng. Det var:

- Sundhedsundervisning gennem det formelle pensum
- Skolens etos og miljø
- Relationen mellem hjemmet, skolen, det omgivende samfund og services

Der skete en yderligere udvikling af setting-begrebet ved Jakarta-deklarationen (WHO, 1997). Den fremhævede det vigtige i at skabe kombinerede og flerstrengede indsatser i

afgrænsede miljøer, for eksempel arbejdspladser, lokalsamfund, skoler, hospitaler med videre.

I 1991 blev de først spæde skridt til det internationale netværk Health Promoting Schools etableret i WHO-regi. Netværket, som også Danmark er medlem af, er siden vokset, og de mange lande og skoler har bidraget væsentligt til den videre udvikling af skolen som en sundhedsfremmende setting (Stewart Burger, 1999).

Udviklingen af setting-begrebet har betydet, at det ikke er enkeltstående indsatser, for eksempel sundhedsundervisning i skolen, der definerer skolen som setting, men at det derimod er en multikomponentindsats, som involverer mange faktorer, der gør, at skolen er en sundhedsfremmende setting. Skolen udgør således den organisatoriske basis for den infrastruktur, der er nødvendig for sundhedsfremme (WHO, 1997).

Setting - tilgangen baserer sig på en økologisk model, der opfatter sundhed som betinget af et komplekst samspil mellem miljømæssige, organisatoriske og personlige aspekter, der påvirkes af faktorer uden for sundhedsvæsenet (Dooris, 2010). Med baggrund i den økologiske model og med inspiration fra organisationsteori opfattes settings som komplekse dynamiske systemer med input, gennemløb og output. Disse systemer har en gensidig forbundethed gennem relationer, og der opstår dermed synergier imellem de forskellige komponenter (Dooris, 2010). Samtidig opfattes enhver setting som et åbent system, der interagerer med omverdenen, (Dooris, 2010).

På baggrund af erfaringer fra blandt andet det internationale netværk af Health Promoting Schools, er der udformet en række principper:

”The Health Promoting School”:

- promotes the health and wellbeing of the student
- upholds social justice and equity concepts
- involves student participation and empowerment
- provides a safe and supportive environment
- links health and education issues and systems
- addresses the health and wellbeing issues of the staff
- collaborates with the local community
- integrates into the school’s ongoing activities
- sets realistic goals
- engages parents and families in health promotion

Principperne udgør således en ramme, som den enkelte skole kan udfylde ud fra egne overvejelser om aktuelle behov, prioriteringer og muligheder lokalt (Leger, 2005).

3.4 Implementering

Skolens formålsparagraf, § 1 som fremgår af faghæfte 47 (Undervisningsministeriet, 2010), beskriver skolens kerneopgave som omsorg, undervisning og opdragelse med henblik på elevernes læring, dannelse og udvikling og videre uddannelse.

Sundhedsloven beskriver sundhedsområdets kerneopgaver som behandling, rehabilitering, forebyggelse og sundhedsfremme (Sundhedsloven, 2008).

Disse to principielt forskellige kerneopgaver kan jævnfør anbefalingerne for Health Promoting Schools (Leger, 2005) forenes, når der etableres partnerskaber mellem sundhedsfaglige og uddannelsesfaglige miljøer, og de kombinerer sundhedsmål og læringsmål og erkender og udnytter den gensidige nytteværdi. Interventioner der fremmer sundheden, vil fremme bedre indlæring og bedre indlæring fremmer sundheden (Parcel, 1999). Om det lykkes afhænger af, om man er i stand til at etablere et fælles sundhedspædagogisk udgangspunkt mellem sundhedsfagligheden og den pædagogiske faglighed (Wistoft & Grabowski, 2010).

En væsentlig faktor for en succesfuld implementering af Health Promoting School-konceptet i skolen er, at der er en udpeget nøgleperson, som har den fornødne tid og de rette kompetencer (Leger, 2005) (Parcel, 1999).

Implementeringen fremmes, når nøglepersonen har gennemgået den fornødne kompetenceudvikling, så de ved, hvordan det nye tænkes indført, at de har tilstrækkelig kundskab om metoden, og at de ved, hvordan det kommer til at påvirke arbejdet (Guldbransson, 2007 (20)). Chancen for succes for nøglepersonen er størst, hvis personen nyder kollegernes tillid, opfattes som kompetent og vidende og ikke adskiller sig væsentligt fra kollegerne i holdning og adfærd, samt har de fornødne beføjelser og kompetencer til at skabe fremdrift (Green, 2010) (Guldbransson, 2007 (20)).

Andre væsentlige elementer for en succesfuld implementering er blandt andet, at der er en generel accept af indsatsen i ledelsen, blandt lærere og elever. Det er vigtigt, at man forstår og er bekendt med, hvad det går ud på. Derfor skal der etableres mål og rammer for indsatsen (Green, 2010). Hvis beslutningen kommer ovenfra, er det vigtigt, at de, der skal udføre den, er involveret i beslutningsprocesserne om, hvordan den praktiske gennemførelse skal ske (Wistoft & Grabowski, 2010). Der skal være klarhed over, hvad der skal ske, og der skal være rammer og struktur for kommunikationen ud i organisationen, herunder mulighed for at ideer og erfaringsudveksling kan ske. Et kardinalpunkt er, at de nødvendige faglige kompetencer bliver opbygget, og at der sker en tilpasning af skolens curriculum, så emnerne/temaerne er indeholdt i undervisningen. Der skal være de fornødne ressourcer til at vedligeholde og igangsætte nye initiativer i form af en pulje eller lignende. Det ledelsesmæssige engagement er nødvendigt for at sikre autoritet og fremdrift. En anden vigtig forudsætning er en fælles optagethed af børns sundhed og trivsel og indlæring (Green, 2010) (Leger, 2005). Det er desuden en fordel, at der etableres en gruppe med interesserne, som kan lede indsatsene. Endelig er anbefalingen, at der er mindst to til tre år til at opfylde specifikke mål, og at der for at skabe en bæredygtig vedvarende indsats, som er forankret i skolerne, skal fortsættes i en længere årrække. (Green, 2010) (Leger, 2005)

Der er identificeret flere barrierer, der kan gøre, at det er svært at implementere konceptet. Udover modstillingen til ovenstående faktorer, kan det være knappe eller manglende ressourcer, konkurrerende opgaver, faglige prioriteringer og udefrakommende forventninger til, hvad skolen skal beskæftige sig med. Der er en bred opgaveportefølje for skolerne, herunder mange opgaver, som er socialt relaterede, og

som der ikke altid er ressourcer til. Samtidig kan det opleves som nok ”bare” at skulle varetage den almindelige undervisning.

4. METODE OG MATERIALE

4.1 Forskningsmetode

Formålet med undersøgelsen og forskningsspørgsmålene definerer forskningsdesignet. Den kvalitative metode er velegnet til at undersøge menneskers erfaring med og fortolkning af et fænomen, som det opfattes af personen i dennes situation og kontekst. Og den kvalitative tilgang kan dermed bidrage til at få ny viden om og forståelse af forskelle og variationer om det fænomen, der undersøges. (Robson, 2002).

Til dette studies forskningsspørgsmål er den kvalitative metode derfor velegnet, og den forskningsretning, som er særlig velegnet, er den fænomenografiske. Forskningsspørgsmålene har ikke til hensigt at af- eller bekræfte en hypotese, og de lægger derfor ikke op til en hypotetisk deduktiv metode. Den fænomenografiske metode er induktiv og velegnet til at udforske variationen i informanternes opfattelse af forskningsspørgsmålenes temaer i en skolekontekst. Tilgangen tilstræber at fremstille, hvordan fænomener fremstår for informanterne, og metoden er således eksplorativ og søger at opdage ny og uforudset viden (Lepp & Ringsberg, 2002).

Analysen af data kan deles i fire faser. Først læses alle data igennem, så man gør sig bekendt med dem og skaber sig overblik. Dernæst identificerer man forskelle og ligheder i udsagnene om de temaer interviewene tog udgangspunkt i. Herefter søges der efter udsagn som hænger sammen og som kan samles i kategorier, hvorefter kategorierne navngives (Lepp & Ringsberg, 2002). Her skal man være opmærksom på, at det ikke bliver undersøgerens egne forudfattede meninger, der danner kategorierne men derimod informanternes opfattelse. Dette søges imødegået ved, at det er informanternes egne ord, der benævner kategorierne (Sjöström & Dahlgren, 2002). I den sidste og fjerde fase bliver kategorierne og den underliggende struktur i dem studeret. Kategorierne beskrives og illustreres med citater med henblik på at berige beskrivelserne og give læseren mulighed for at validere resultaterne (Lepp & Ringsberg, 2002).

I forskningen skelner man mellem et første ordensperspektiv, altså ”hvordan noget er”, og et andet ordensperspektiv, der vedrører ”hvordan noget opfattes”. Den fænomenografiske forskningsmetode tager udgangspunkt i et andet ordensperspektiv, hvor fænomener kortlægges og kategoriseres ud fra variationen af, hvordan mennesker opfatter dem og tænker om deres virkelighed (Lepp & Ringsberg, 2002).

4.2 Udvalgelse af informanter

Den fænomenografiske metodes kendetegn, at indfange variationen i erfaring og opfattelse af fænomener, betyder, at udvælgende af informanter skal ske strategisk (Lepp & Ringsberg, 2002). Informanterne kommer fra kommunens folkeskoler, som

alle deltager i implementeringen af handleplanen (Sundhedsudvalget, 2009). Der er udvalgt 3 typer af informanter. Ledelsen er valgt, fordi de har ansvaret for at implementere handleplanen *Sundhed og trivsel i folkeskolen*, sundhedskoordinatorerne fordi de har funktionen, og lærerne fordi de som en del af deres arbejde oplever eller har berøring med aktiviteter i handleplanen.

Informanterne er udvalgt på fire skoler. Der er valgt skoler med elevtal mellem 260 - 900 elever, land- og byskoler, men alle skoler har overbygning. Desuden er skolerne valgt med størst mulig spredning ud fra en tidligere gennemført analyse, som afdækkede i hvilket omfang skolerne havde implementeret sundhedskoordinatorfunktionen (Lassen & Bruncke, 2012).

Før igangsætning er der opnået skriftlig tilladelse fra skoleforvaltningen til gennemførelse af undersøgelsen. Skolernes ledelse er kontaktet telefonisk og pr. mail og anmodet om at deltage i undersøgelsen. Alle de udvalgte skoler sagde ja til at deltage. Skolelederen har selv udpeget de lærere, som ikke var sundhedskoordinatorer. Kriteriet for dette valg fra undersøgernes side var kun, at det skulle være lærere, som ikke var sundhedskoordinatorer. Det kan have givet en skævhed i udvælgelsen, hvis lederen umiddelbart har valgt lærere, som de vidste var interesserede i sundhedsemner.

4.3 Dataindsamling

Den sædvanligt anvendte dataindsamlingsmetode inden for fænomenografien er interviews (Lepp & Ringsberg, 2002). Her er anvendt to metoder til at indhente data, nemlig fokusgruppeinterviews og individuelle interviews.

Fokusgruppeinterviews er karakteriserede ved at bestå af en gruppe på ca. seks til ti personer og interviewet gennemføres af en undersøger på en ikke styrende måde. Fokusgruppeinterviews bruges, når man ønsker at få mange forskellige opfattelser frem om det tema eller fænomén, der er i fokus. Det er ikke målet at nå til enighed eller præsentere løsninger men kun at få forskellige perspektiver frem. Undersøgeren har til opgave at skabe en tillidsfuld atmosfære, hvor informanterne er trygge ved at komme til orde (Kvale, 2008. 2. udgave). I de 4 individuelle interviews har undersøgeren anvendt samme tilgang som ved de tre fokusinterviews. Lederne er interviewet individuelt ud fra den antagelse om, at det vil sikre en større spredning i opfattelser.

I interviewene er der anvendt 3 semistrukturerede spørgeguides som indeholder samme temaer, men med variation i underspørgsmålene alt efter hvilken rolle informanterne har; lærer (bilag 2) leder (bilag 3) og sundhedskoordinator (bilag 4). Ved at anvende en semistruktureret interviewguide med åbne spørgsmål gives informanterne rum til at beskrive og reflektere og dermed mulighed for at fremstille deres egen opfattelse af fænomenet, uden at interviewer styrer i en bestemt retning, udover det fokus som interviewet tilsiger (Lepp & Ringsberg, 2002).

Interviewene forgik på skolerne i dagtimerne. Med lederen forgik det på lederens kontor eller i et mødelokale. For lærere og sundhedskoordinatorer foregik det i mødelokaler

eller mindre rum som havde forskellige funktioner. Interviewene varede mellem 50 minutter og 90 minutter.

4.4 Analyse

Alle interview er transskriberet ord for ord af undersøgeren. De faser, som er beskrevet for den fænomenografiske tilgang, er fulgt (Lepp & Ringsberg, 2002).

I den første fase er alle interview gennemlæst flere gange for at blive fortrolig med data og få et helhedsindtryk af dem. I den næste fase blev der sat fokus på ligheder og forskelle i udsagnene med udgangspunkt i de temaer interviewguiden bestod af, og som var dannet med udgangspunkt i forskningsspørgsmålene. I den tredje fase blev der identificeret 12 delkategorier, som ledte til de fire beskrivningskategorier. Delkategorierne blev identificeret efter en stadig vekslen mellem data og kategorierne. Først herefter fremstod de 4 beskrivningskategorier. I fase fire analyseres, om der er mulige underliggende strukturer i de kategorier, som er identificeret, og kategorierne er beskrevet suppleret ved udsagn fra informanterne.

4.6 Undersøgelsens reliabilitet og validitet

Undersøgelsens validitet skabes ved at bruge den rette undersøgelsesmetode i forhold til forskningsspørgsmålet og ved at søge at validere forskningsprocessen undervejs (Kvale, 2008. 2. udgave). En del af valideringen undervejs kan være, at en anden gennemlæser interview og vurderer om de samme beskrivningskategorier og delkategorier identificeres. Det har af tidsmæssige årsager ikke været muligt, og det er en svaghed i studiets interne validitet. Beskrivelse af metode og hele forskningsprocessen skal fremgå tydeligt og transparent ved afrapporteringen, så andre har mulighed for at vurdere forskningsprocessen og herefter resultaternes troværdighed. Resultaternes troværdighed er en del af den eksterne validitet. Resultaterne af et fænomenografisk studie vil ikke kunne generaliseres i positivistisk forstand. Det er et lille studie i en specifik kontekst, som vil vise de variationer i opfattelser af sundhedskoordinatorernes betydning og effekten af funktionen.

4.7 Etik

Fokusinterviewenes informanter er forud for interviewene oplyst om, at interviewene skal bruges til nærværende masteropgave. De er oplyst om, at deltagelsen er frivillig, at deres deltagelse og deres udsagn kun vil fremgå i anonymiseret form, og at interviewene kun vil være tilgængelige for undersøgeren. Alle informanter har skriftligt tilkendegivet, at de er bekendt med vilkårene for anvendelsen af data. Dataindsamlingen og formålet med studiet kræver ikke datatilsynets godkendelse.

5. RESULTAT

Analysen har identificeret 4 beskrivelseskategorier og 12 delkategorier:

Beskrivelseskategorier	Delkategorier
5.1 Skolen har en opgave	- De politiske beslutninger - Vi er flere om opgaven - Sundhed er også trivsel - En del af hverdagen
5.2 En vigtig nøgleperson	- Struktur og rammer - En kompetent ressource
5.3 Ledelse har betydning	- Der er en ledelsesopgave - Vi har brug for ledelsen - Mange dagsordener
5.4 Det flytter sig	- Holdninger - De gør en forskel - En god model?

5.1 Skolen har en opgave

De politiske beslutninger

Alle informanter giver udtryk for, at skolen har en vigtig opgave i at bidrage til børnenes sundhed og trivsel. De er bekendte med, at der er et formelt grundlag både fra nationalt hold og lokalt politisk hold. De nævner særligt de lovgivningsmæssige rammer i form af læseplaner, herunder Faghæfte 21. Lokalt nævnes handleplanen for "Sundhed og trivsel i folkeskolen" og de "9 Strategier".

Informanterne opfatter den lokale politiske prioritering af sundhed og iværksættelse af handleplanen som retningsgivende, flot og seriøs.

En leder siger for eksempel:

"De politiske rammer er jo flotte, de er tæt på enestående. Jeg har ikke tidligere arbejdet i en sammenhæng, hvor der var så meget politisk fokus, men også vilje til at sætte ressourcer af til at understøtte indsatsen".

En lærer har samme opfattelse som lederen, og uddyber med at nævne puljen som et eksempel på, at det politiske fokus også mærkes af medarbejderne i marken:

"Jeg synes, det er seriøst, at kommunen har afsat de ressourcer både timemæssigt og personalemæssigt, også puljen hvor vi kan søge penge".

En sundhedskoordinator beskriver det sådan:

"Jeg synes, det er genialt, at man fra kommunens side har valgt at putte penge i det, og give os timer til det. Så jeg er bare superglad for, at jeg er i en kommune, hvor man har valgt at gøre det her".

Betydningen af, at de politiske beslutninger fastholdes og får tid til at blive implementeret, pointeres af alle informanter som meget vigtig, for at opnå effekt. Informanterne fremhæver flere gange og i flere sammenhænge, at man skal være klar over at ting tager tid, og at man skal give det tid og holde fast i indsatsen.

En leder oplever at:

"Det har stor betydning, at det kører over lang tid, du bliver vant til, at de (sundhedskoordinatorerne red.) er her. Det, tror jeg, er rigtig vigtigt"

"Tiden arbejder for os, flere og flere af vores kolleger ved, hvad de kan bruge os til og hvad vi kan, og flere og flere bruger os" siger en sundhedskoordinator

En leder siger:

"Vi skal fastholde fokus ellers falder det til jorden, det har vi set ofte i skoleverdenen. Så glemmer vi det og falder tilbage til de gamle vaner"

Lærerne ser også en anden vinkel på den problemstilling. De udtrykker, at der for ofte skiftes politisk kurs i folkeskolen, og det mener de, betyder at ting ikke når at blive rigtig implementeret, før man skal noget nyt. Vigtige ting tabes på gulvet, når der skiftes kurs så ofte.

En lærer siger blandt andet:

"Det er som en båd med en ny skipper hver dag"

Vi er flere om opgaven

Der er en fælles opfattelse af, at det primære ansvar for børnenes sundhed og trivsel ligger hos forældrene, men der udtrykkes også en opfattelse af, at der er forældre, der kun i begrænset omfang magter opgaven, hvorfor skolen må træde til særligt for de udsatte børn:

"Som udgangspunkt er det jo forældrene, der har ansvaret, men måske skulle vi sørge for at de børn fik et ordentligt måltid mad hver dag (om børn med ADHD)" siger en lærer.

En leder formulerer det således:

"Jamen de børn der ikke møder det derhjemme ved den bærende opdragelseskraft, så er skolen en vigtig brik i at vise det".

Det omgivende samfunds bidrag til at skabe sundhed og trivsel tillægges også betydning af flere, både på de store linjer i samfundet og på de lokale linjer:

En sundhedskoordinator siger:

"Jeg oplever en helt anden ånd nu på skolen end sidste år, det er jo også fordi det sådan regeringsmæssigt er blevet, at det er det, vi arbejder hen imod"

En sundhedskoordinator fremhæver lokalsamfundets bidrag til fysisk aktivitet på denne måde:

"Der er jo mange fritidsaktiviteter børnene går til. Danmark er jo en foreningsnation"

En lærer reflekterer over den mad børnene kan købe i en nærliggende sportshal i løbet af skoledagen:

"De tilbud vi har i kantinen - det er ikke særlig sundt, og det er dyrt"

Sundhed er også trivsel

Når skolen som miljø og lærerne i deres undervisning skal arbejde med fremme af sundhed, beskriver alle informanter, at sundhed også er trivsel, og at sunde børn, der trives, har de bedste forudsætninger for at lære. De beskriver, at det er vigtigt, at der er balance mellem det fysiske, sociale og mentale.

En lærer siger:

"Vi skulle næsten kontrollere børnenes madpakker og have gulerødder hver gang vi holdt møde. Vi satte fokus på kun sundt og kun sundt, men hvad hjælper det, hvis vi går og er sure på hinanden. Vi skal passe på ikke at overdrive"

En lærer beskriver det sådan:

"Selvfulgelig handler det, om de andre ting [mad og bevægelse], men vi taler også om at vi skal have det godt mentalt. Du kan ikke undervise børn, der ikke trives"

Og en anden lærer siger:

"Vigtigt at det er hele pakken, når vi siger sundhed, så det er ikke kun kost og motion, det er hele pakken, også at ha det godt med kammerater og forældrene derhjemme"

En lærer konstaterer:

"Hvad er en god madpakke værd, hvis du er ulykkelig"

En del af hverdagen

Informanterne fortæller samstemmende, at arbejdet med sundhed er vigtigt, og at indsatserne skal foregå på flere måder. Indsatserne skal ikke bare være enkeltstående uger, men skal ind i skolens aktiviteter i hverdagen.

Som eksempler på hvordan det er en del af hverdagen nævnes kostpolitik, bevægelsespolitik, antimobbepolitik, legepatruljer, integration af sundhedsemner i undervisningen, forældreopbakningen, måden at tilrettelægge skoledagen på for lærere og elever, de fysiske rammer og lærernes kompetencer og interesser i at arbejde med sundhed.

En leder kommenterer det således:

"Man bliver jo ikke sund af, at man én gang om året har et sundhedsemne. Det er jo virkelig noget, man skal ha på rygraden, og det lægger den her sundhedsindsats op til. Det lægger op til en rigtig god implementering"

Informanterne beskriver det som en særlig udfordring, at indsatsen blandt andet tager udgangspunkt i et timeløst fag, altså at det ikke er et selvstændigt fag. De oplever, at det kommer i konkurrence med de fag, hvor der er konkrete mål, der skal nås i bestemte timer. Kollegernes holdning tillægges betydning for, om de muligheder der er, bliver set og giver anledning til at gøre noget.

En sundhedskonsulent siger:

"Holdningen betyder noget for, om det bliver grebet"

Og en leder siger:

"I overbygningen kan de faglige mål let komme til at overskygge denne her indsats"

Informanterne oplever, at indsatsen også vedrører skolens miljø og udtrykker dilemmaer i forhold til at få for eksempel mere bevægelse ind i skoledagen. Det er både i forhold til de fysiske rammer med faciliteter til bevægelse og strukturelt, hvor der peges på, at man gennem en ændret planlægning af dagen kunne skabe bedre muligheder for mere fysisk aktivitet.

En lærer kommenterer:

"Jeg er overbevist om, at man om 20-30 år vil sige: Lod I børnene sidde så meget foran computeren i så lang tid! De bliver inaktive og asociale. Det, synes jeg er et sundhedsproblem"

En sundhedskoordinator siger:

"Vi kan gøre meget forskelligt, men vi har kun én hal, og den er allerede fuldt booket"

En lærer mener at:

"Det handler om at omprioritere. Vi kører med de samme skemaer, som vi altid har gjort, vi kunne sagtens ophæve nogen rammer og omlægge nogen ting"

Jo yngre børnene er, jo lettere er det ifølge informanterne at integrere fysisk aktivitet i undervisningen. De kommer med eksempler på initiativer, som er udviklet til indskolingseleverne og også eksempler på mellemtrinnet. De fortæller, at de oplever det er noget sværere, når målgruppen er udskolingseleverne. Der har de ikke udviklet ideerne endnu.

En sundhedskoordinator siger:

"I indskoling er de fænomene til det her, og det kommer mere på mellemtrinnet" og tilføjer: "Jeg har lige været på mellemtrinnet, det er noget lettere end på overbygningen. Det kræver noget andet"

Lederne, lærerne og sundhedskoordinatorerne opfatter selv, at de er rollemodeller overfor børnene i hverdagen, og de oplever, at de skal gå foran som det gode eksempel og udstråle lyst og engagement.

En lærer siger:

"Jeg tror simpelthen man skal vise, at man er glad for tilværelsen og derigennem passe på sig selv. Det er det, det drejer sig om"

En leder siger således:

"Vi ved jo godt, at vi er rollemodeller, så vi går ikke rundt med en Coca Cola"

Sammenfatning

De formelle politiske beslutninger nationalt og lokalt, herunder handleplanen er kendte for informanterne. De oplever den lokale politiske prioritering som retningsgivende og seriøs, og giver udtryk for betydningen af, at indsatsen får den fornødne tid til at blive implementeret. De oplever, at forældrene har det primære ansvar for børnene, at skolen generelt skal bakke op samt gøre en særlig indsats for de børn, hvor forældrene ikke magter det. Sundhed og trivsel opfattes som komplementære og som vigtige for læring. Der er en indsigt i, at arbejdet med elevernes sundhed og trivsel kræver flerstrengede indsatser.

Eksempler med bevægelse fylder meget, når informanterne giver bud på, hvordan sundhed er integreret i undervisningen.

5.2 En vigtig nøgleperson

Struktur og rammer

Informanterne tillægger det generelt positiv betydning, at der er én eller flere, som har rollen som sundhedskoordinator. Lederne opfatter koordinatoren som en støtte i deres ledelsesfunktion, som en slags forlænget arm ude i marken, hvor lederen ikke kan være i dagligdagen, og de opfatter, at funktionen bidrager til implementering af handleplanen. Men der er divergerende holdninger blandt lederne til, om det er en forudsætning, at der er en sundhedskoordinator. Lærerne oplever, at sundhedskoordinatoren løser en opgave, som lederen måske ikke når. De opfatter, at koordinatoren også er en støtte for kollegerne som faglig sparringspartner, hvilket bidrager til, at det er lettere at holde fokus og få indsatsen på dagsordenen.

En leder formulerer det sådan:

"Jeg tænker ledelsen i en travl hverdag, så kan det her godt blive nedprioriteret, fordi man er nødt til at prioritere i sine ledelsesopgaver, og her har skolen mulighed for at lønne en til at gøre et godt stykke arbejde. Det er en god satsning"

Og en leder siger:

"Og det er rigtig rigtig dejligt, at vi har sundhedskoordinatorerne i marken, vi har brug for at have den kobling, når vi får noget ovenfra, som vi skal implementere ud"

En tredje leder siger:

"De er sparringspartnere for deres kolleger, når de skal tilrettelægge deres undervisning. De formidler, hvad sundhed og trivsel er"

En leder stiller spørgsmålstegn ved, om det er nødvendigt at have nøglepersoner og nævner forskellige eksempler på nøglepersoner i kommunens skoler (International

koordinator, House of Science og Trafik). Lederens holdning er, at det handler om ledelse, og at lærerne er i stand til at rumme det, uden at have ”støttepersoner” på.

Lederen siger:

”Det er da utroligt, at man hver gang man skal noget nyt, så skal man have opbygget et apparat omkring det”

Lidt i tråd med den opfattelse ligger bekymringen for, at det at have nøglepersoner betyder, at så kan de andre lærere tænke, at det er der så nogen andre, der tager sig af. Modsat det udtrykker flere lærere det gode i at man ved, at det er nogen der har det fokus, for der er mange ting i skolens hverdag, så det er svært at holde fokus på dem alle sammen for den enkelte lærer.

For eksempel siger en lærer:

”Det er godt, der er en tovholder, for der er så mange ting i skolen, vi skal tage os af”

Og en leder kommenterer det sådan:

”De har en vigtig funktion i at sortere det, der kommer; der kommer så meget, så man kan få helt lede ved det”

Hvis funktionen som sundhedskoordinator skal have gennemslagskraft og gøre en forskel i skolen og hverdagen nævner alle informanter, at koordinatorens rolle og opgaver skal være kendt af kolleger og samarbejdsparter. Alle fortæller at sundhedskoordinatorerne er fast med som punkt på pædagogisk rådsmøder (PR) og afdelingsmøder, og at det giver mulighed for at få information og viden om indsatsen. Sundhedskoordinatorerne opfatter selv, at det giver dem en platform, de kan agere ud fra. Samtidig peges der også på, at koordinatorene kan anvendes mere og tænkes systematisk ind i relevante samarbejder på skoler blandt andet med AKT-lærerne og i trivselsprojekter.

”Det skal meldes ud, og man skal have ansigter på, og de skal fortælle hvad deres opgavefunktion er” siger en lærer.

”Det er fast punkt på PR møder, hvad der er af tiltag, hvad man kan og sådan noget. Det oplever vi som positivt” udtrykker en lærer.

En leder siger:

”Jeg kunne godt tænke mig, at vi inddrog dem i langt højere grad på teammøder og i vores trivselsprojekt”

En kompetent ressource

Der udtrykkes mange forventninger fra kolleger og ledelsens side til sundhedskoordinatorerne. Lærere og ledere opfatter generelt sundhedskoordinatorer, som en nyttig faglig ressource, man kan trække på. Der er en forventning om, at de har en særlig viden om indsatsen, at de kan inspirere, være igangsættere og komme med ideer. De skal kunne give værktøjer og koncepter, som er lette at gå til. De skal gøre det lettere for lærerne og lederne at løse deres opgaver.

"Det er en faglig person, en med en værktøjskasse med forskellige koncepter man kan trække på" siger en leder.

Og en anden siger således:

"De skal fortælle os om det nye, det vi kan melde os til. Nye tiltag - de skal være et bindeled som skubber os i gang, ellers bliver det jo ikke til noget, så dør det"

Der er også opmærksomhed på, at det at have en sundhedskoordinator, ikke gør det alene. Det kommer blandt andet til udtryk i forhold til børn med særlige udfordringer, for eksempel svært overvægtige børn. I sådanne situationer er der en oplevelse af at komme "til kort", og at der skal særlige fagpersoner til. Men samtidig er der en opmærksomhed på, at indsatserne hænger sammen og understøtter hinanden. Der efterlyses en mere systematisk indsats fra øvrige sundhedsprofessionelle, for eksempel fysioterapeuter og sundhedsplejersker.

En lærer udtaler:

"Sundhedsplejersken skal have tid til at tage sig af de fede børn. Hvis man virkelig vil noget skal man køre på alle strenge og gøre det i måske 10 år, så tror jeg, det flytter noget"

Sundhedskoordinatorerne oplever, at mange kolleger er åbne og positive overfor deres input og konkrete forslag til ændret undervisningspraksis, og at kolleger selv efterspørger sparring via henvendelser personligt eller via mail.

"Jeg møder stor opbakning, når jeg til samlinger med lærerne har noget sjovt med, en leg som jeg smider noget fagligt i. Det kan jeg mærke betyder noget, så er der altid flere der kommer: hvor ligger den øvelse henne? Det der med at være praktisk gris, det virker. Det skal vises" siger en sundhedskoordinator.

Men de oplever også, at nogle kolleger ikke synes, det giver faglig mening for eksempel at integrere fysisk aktivitet i undervisningen, og derfor ikke er indstillet på at ændre deres undervisning eller de synes, det er besværligt.

En sundhedskoordinator siger:

"Det kan være en stor omstilling, hvis man har kørt et bestemt program i lang tid"
"Der er jo ikke noget fagligt i det her, så når vi ikke vores mål, hvis jeg skal stå her og spille abekat i klassen" (kollegas udsagn refereret af sundhedskoordinator)

Både ledere og sundhedskoordinatorer mener, det er vigtigt, at man er klædt på til opgaven og har de rette kompetencer, særligt når det er en ny funktion i skolen. Sundhedskoordinatornetværket fremhæves som vigtigt af koordinatorerne og som et sted at få ny viden og udveksle erfaringer med hinanden.

En leder siger:

"Du går jo ikke ind og opfinder sådan en funktion, og så ikke kompetenceudvikler de personer der skal udføre det"

En sundhedskoordinator siger:

"Vi er inde til netværksmøderne med de andre skoler, og det synes jeg faktisk er ret givtigt"

Sammenfatning

Sundhedskoordinatorerne tillægges positiv betydning og opleves som nyttige i forhold til at fremme handleplanens implementering. Der er mange forventninger til hvad sundhedskoordinatoren skal kunne bidrage med, og de opfattes som en positiv faglig ressource af deres kolleger. Lederne opfatter sundhedskoordinatorfunktionen positivt og som et nyttigt bidrag og støtte til deres ledelsesfunktion, men der er divergerende holdninger blandt lederne til nødvendigheden af at have en sundhedskoordinator. Sundhedskoordinatorerne oplever generelt en stigende interesse fra deres kolleger, men de oplever også kolleger, som ikke kan se det fagligt relevante i indsatsen.

5.3 Ledelse har betydning

Det er en ledelsesopgave

Lederne har en klar opfattelse af, at de har et særligt ansvar, når nye initiativer skal implementeres. I forhold til sundhedskoordinatorerne fremhæver de, at ledelsen skal vise dem opmærksomhed og følge op på de ting koordinatoren laver og støtte dem i at få deres ting på dagsordenen. Med andre ord, lederne skal hjælpe med at skabe struktur og rammer for koordinatorens indsats på skolen. Hvis funktionen skal have nogen effekt, oplever lederne, at de selv skal gå forrest og vise, at de vil det. For at kunne gå forrest har lederne selv brug for at få viden om indsatsen, og også mentalt tænke anderledes.

En leder siger:

"Man skal holde møder med dem, tage med dem på kurser, og være med til at bringe det i spil overfor resten af lærerkollegiet, og synliggøre at de har en vigtig funktion. Vi skal vise: Det her er vi fælles om, det skal I ikke lave alene"

En anden leder har denne vinkel:

"Det handler om, hvor du som leder har dine prioriter, så hvis man ikke prioriterer det, så bliver det ikke til noget"

Samme leder supplerer:

"Det er en anden type indsatsområde, så der er brug for, at vi tænker anderledes i ledelsen".

Lederne oplever at handleplanen hjælper med at sætte retning. De oplever, at opsamlingsmøder med styregrupperepræsentanter og krav om dokumentation i blandt andet kvalitetsrapporten (Undervisning, 2007) understøtter deres opgavevaretagelse. Det bidrager til at sætte fokus og samle op.

To ledere siger:

"Det er givtigt med dialogen med Ulla og Finn (styregruppemedlemmer) det giver blod på tanden"

"Det er godt at blive holdt op på det i kvalitetsrapporten"

Vi har brug for ledelsen

Sundhedskoordinatorerne giver udtryk for, at det betyder noget for dem at have ledelsens opbakning og opmærksomhed. De oplever, at det giver dem legitimitet overfor kolleger. De tillægger det positiv betydning, at ledelsen giver dem plads på møder, og at de bakker op om nye initiativer. De skelner mellem en aktiv støtte og en mere passiv støtte fra ledelsen. De oplever en aktiv støtte, når lederen selv henvender sig og spørger til indsatserne eller kommer med input. Den passive er, når koordinatorerne selv skal henvende sig til lederen og får godkendt deres forslag.

Sundhedskoordinatorerne siger:

"Hvis du møder modstand fra din ledelse eller måske knap så meget forståelse, så er det begrænset, hvor meget man kan baske med vingerne, men jeg møder stor forståelse"

En anden siger:

"Den nye leder hun er den eneste, der har været med ude af huset til kurser, og det er positivt"

En tredje siger:

"Vi har rollen, og vi får opbakning, når vi kommer med noget, men de kommer ikke og siger: prøv lige og se her, kunne vi prøve det?"

At den ledelsesmæssige prioritering og opbakning til koordinatorerne gør en forskel afspejles i dette udsagn fra en leder, der er blevet leder på en anden skole:

Lederen siger:

"Jeg kan se på de fysiske faciliteter her på skolen, at de har været meget aktive med at søge og har fået midler. Det kunne jeg se, da jeg kom"

Mange dagsordener

Overordnet oplever informanterne det som rigtigt og vigtigt, at sundhed og trivsel er på skolens dagsorden, men de oplever, at der er kamp om pladsen. Det nævnes hyppigt, at der er mange dagsordener i skolens hverdag. Der er mange, der "vil" noget med skolen både inde i skolen og udenfor. Det opfattes som belastende, at der er så mange ting skolen skal.

"Der er mange dagsordener på skolen og forudsætningen for at komme på dagsordenen er, at der er en politisk beslutning" (leder)

"Hver gang der er et nyt problem i samfundet, så skal skolen tage sig af det. Vi får bare ikke at vide, hvad det så er, vi ikke skal lave" (leder)

"Jeg er bange for, at vores leder ikke prioriterer det særlig højt, det kan ikke måles og vejes" (lærer)

Sammenfatning

Ledelsen tillægges af alle informanter stor betydning for om sundhedskoordinatorfunktionen og indsatsen bliver prioriteret og implementeret i skolen. Sundhedskoordinatorerne skelner mellem en passiv og en aktiv opbakning fra ledelsens side. Lederne betragter handleplanen og møder med styregrupperepræsentanter og dokumentationskrav om indsatsen som understøttende for deres ledelse. Der er mange dagsordener i skolen, og de opleves som for mange, hvilket understreger betydningen og nødvendigheden af en tydelig prioritering fra ledelsens side.

5.4 Det flytter sig

Den beskrivende kategori "Det flytter sig" træder frem af de tre delkategorier som beskrives nedenfor:

Holdninger

Sundhedskoordinatorerne har en opfattelse af, at der er noget, der har flyttet sig. De oplever en holdningsændring, som kommer til udtryk på flere måder. De oplever, at deres kolleger i højere grad efterspørger ideer og er positive over for deres indspark. De oplever særligt flere kolleger, som anvender fysisk bevægelse som et led i undervisningen, og der er flere af de mindre klasser, der starter dagen med at løbe. De oplever børnene reagerer positivt på mere bevægelse og er mere glade, og at det bemærkes positivt af kolleger.

En koordinator siger:

"Vi er ikke sådan nogen langhårede hippier mere, som står og gør nogen mærkelige ting i vores undervisning. Der er flere og flere der støtter op om det. Jeg oplever en helt anden ånd på skolen nu end bare sidste år"

Der peges på flere forklaringer på holdningsændringen. Den skyldes både den generelle samfundsudvikling, at det er en bevidst satsning fra ledelsens side, at det bliver sat på skolens dagsorden, og at der er konkrete initiativer til at støtte op om indsatsen (undervisningsinitiativer, frugtordning, bordtennisborde osv.) Der peges også på integration af bevægelse i undervisningen som en medvirkende årsag. Samtidig tillægges det positiv betydning, at der er evidens for, at fysisk aktivitet har positive effekter også i en læringssammenhæng.

En leder siger:

"Lærerne synes, det er vigtigt nu, for de oplever bedre og mere harmoniske elever og timer"

En sundhedskoordinator fortæller:

"Jeg tror, der et sket et holdningsskifte", og giver et eksempel: "Så tager vi lige to minutter ude på gangen (med bevægelse) - Hvis jeg havde gjort det for et par år siden, var der kommet nogen ud og bedt mig om at være stille! Nu bliver man mødt med: Nej, hvor spændende, hvordan gør du det?"

Og omkring evidens siger en sundhedskoordinator:

"Der er evidens for, at fysisk aktivitet øger undervisningskapaciteten. Det er godt, for så vil lærerne være med"

De gør en forskel

Informanterne beskriver en lang række initiativer, som sundhedskoordinatorerne har stået for eller været inddraget i at lave på skolerne. Det er både undervisningsinitiativer såsom vejledning til powerpauser, udvidet idrætsundervisning, alternativ idrætsundervisning, matematik i naturen og igangsætning af projekter for sårbare børn med lavt selvværd i samarbejde med ungdomsskolen. De har også medvirket til konkrete indsatser såsom frugtordning, skolegårdsaktiviteter, ansøgning om midler ved puljen under handleplanen til forskellige redskaber og faciliteter til fysisk aktivitet, sat løbeposter op i lokalområdet, som kan anvendes af andre end skolen, aftalt et sundere mad udvalg i nærliggende kantine, som eleverne kan købe fra, samt hjulpet med at etablere legepatruljer og meget andet.

Opmærksomheden på bevægelse i løbet af skoledagen og som en integreret del af undervisningen nævnes oftest, når lærere og lederne beskriver, hvordan sundhedskoordinatorerne har bidraget og gjort en forskel i de tre år. Det er også her, at sundhedskoordinatorerne selv nævner de fleste konkrete eksempler.

Lærere har en opfattelse af, at sundhed som begreb er blevet bredere gennem de sidste tre år med handleplanen og koordinatorernes indsats. Det rummer ikke kun livsstil faktorerne, men også trivsel, og det opfatter de som positivt:

En lærer siger:

"Det handler ikke kun om gulerødder, det er blevet bredere, og det er godt at man har en koordinator, der kan sætte skub i det"

En god model eller?

Det er tidligere beskrevet, hvorledes lærerne generelt er meget positive overfor at have sundhedskoordinatoren som sparringspartner, som en der skubber på og sørger for at tingene bliver holdt på dagsordenen. Sundhedskoordinatorerne beskriver positivt, hvordan deres indsats har skabt ændringer både konkret og i holdninger blandt kolleger.

Lederne lægger lidt flere nuancer ind i deres vurdering af sundhedskoordinationens betydning for forandringer. Der er ledere, som er meget glade for funktionen, hvor de synes, at den støtter dem i ledelsesfunktionen og funktionen har bidraget til at skabe konkrete resultater. Som tidligere nævnt, er der også

en leder der ikke mener, det er nødvendigt at have sådanne nøglepersoner, idet vedkommende oplever, at det er et spørgsmål om tydelig ledelse.

En leder siger:

".....og det er godt, at man opkvalificerer medarbejdere, stiller timer til rådighed og penge så man kan søge til andre initiativer, som man ikke har råd til selv. Jeg synes ikke, man kan gøre det bedre"

Lederne fremhæver deres egen rolle, som de opfatter som central, hvis man vil skabe forandringer på en skole. Deres ledelse og de prioriteringer, de foretager opfattes som forudsætningen for, at sundhedskoordinatorfunktionen kan få den ønskede effekt.

En leder siger:

"Ja hvis ledelsen går forrest og får personalet med, så kan alt lade sig gøre"

En anden leder siger:

"Det vigtige er, at der en skoleholdning og at lederen går forrest. Hvis ikke der er en holdning, er de(sundhedskoordinatorerne) nytteløse"

Der gives udtryk for, at det er godt, at lederne involveres for at sikre ejerskab, men at det også kunne ske i langt højere grad ved at understrege karakteren af opgaven som en skal-opgave, der ikke er til diskussion.

En leder udtrykker det sådan:

"Hvis man gennemfører nogle ændringer, som man skal have ledere til at gennemføre, og man er i tvivl om, de forstår det helt til bunds, så indkalder man dem, man inviterer dem ikke"

Et andet synspunkt er, at skolerne for at sikre implementeringen i højere grad skal være medfinansierende i aktiviteterne.

En leder siger:

"Nogen gange kan det blive for let, hvis man ikke selv skal yde mere økonomisk. Jeg tror man ville tvinge skolen til at tænke det bedre ind, for så ville det gå ud over noget andet".

Sammenfatning

Der er en opfattelse af, at der en sket en holdningsændring i retning af positiv interesse og accept af sundhedskoordinatorerne og deres arbejde. Forklaringerne er flere, blandt andet oplevelsen af, at det har givet mange konkrete resultater i skolen, den ledelsesmæssige prioritering, nye undervisningsmetoder og samfundsudviklingen generelt. Lederne er generelt positive over for funktionen, men der argumenteres også for at man kan opnå det samme ved mere tydelig ledelse. De oplever, at styrken af det ledelsesmæssige fokus har betydning for koordinatorernes gennemslagskraft. Hvis den ikke er der, er det nytteløst at have en sundhedskoordinator.

6. DISKUSSION

I dette afsnit belyses to dele. Først belyses og diskuteres studiets resultater med udgangspunkt i den beskrevne teori og de empiriske data, som er fremkommet. Dernæst diskuteres metodevalgene i lyset af de resultater og refleksioner, gennemførelsen af studiet har givet.

6.1 Diskussion af resultat

Diskussionen af resultaterne struktureres ud fra de fire beskrivningskategorier: *Skolen har en opgave*, *En vigtig nøgleperson*, *Ledelse har betydning* og *Det flytter sig*.

Skolen har en opgave

Skolen har et ansvar, det er alle informanter enige i. Informanterne kender de formelle rammer, og nævner de styrende dokumenter fra både nationalt og lokalt niveau, herunder handleplanen. De oplever den lokale politiske prioritering som retningssættende og seriøs. Disse styrende dokumenter fremgår af *Guidelines for Health Promoting Schools* som nødvendige for, at skolen kan dagsordensætte sundhed og trivsel (Leger, 2005)

Informanterne oplever, at skolen ikke står alene og heller ikke skal stå alene med ansvaret for børnenes sundhed og trivsel. De opfatter, at forældrene har hovedansvaret, men at det glider mere og mere fra forældrene over på skolen. De er bevidste om, at skolen har en særlig opgave for de børn, hvis forældre ikke magter opgaven.

I interviewene reflekterer informanterne over problemstillingen fra to positioner: fra deres egen position og fra forældrenes position. Det sker ikke ud fra en fælles position. Det kan afspejle interviewsituationen, men det kan også være et udtryk for at man med fordel kunne styrke en fælles position og få fælles målsætning mellem skolen og forældrene, som det anbefales i *Guidelines for Health Promoting Schools* (Leger, 2005)

Hvis skolen skal løfte opgaven og støtte op om de nationale og lokale politiske beslutninger, fremhæver informanterne, at tid er en afgørende faktor. Det tager tid at implementere, hvis det skal lykkes med, at det bliver en del af hverdagen. De har negative erfaringer med, at ting er faldet til jorden, når de afsluttes for tidligt eller ikke har haft den fornødne tid til at blive implementeret. At tid er en vigtig faktor understøttes også af litteraturen (Green, 2010).

Informanterne har en opfattelse af, at sundhed også er trivsel, og at de to begreber er komplementære. Når lærerne og lederne beskriver sundhed, bliver livsstilsfaktorerne KRAM, (kost, alkohol, rygning og motion) nævnt først, og de fylder meget. At lærere ofte orienterer sig mod KRAM-faktorerne i deres arbejde med sundhed beskrives også af Wistoft et al (Wistoft & Grabowski, 2010). Lærerne og lederne betoner, at trivsel også er en del af det at være sund, og nævner i den forbindelse, at børn der trives har de bedste forudsætninger for at lære. Den opfattelse læner sig op ad det positive bredesundhedsbegreb, som WHO har formuleret (WHO, www.WHO.int, 2006).

Både (Leger, 2005) og Green et al. (2010) dokumenterer, at skolen som sundhedsfremmende setting kræver flere typer af interventioner. Det er en opfattelse, som også illustreres ved at informanterne har indsigt i, at arbejdet med elevernes sundhed og trivsel kræver flerstrengede indsatser. De nævner politikker, integration i undervisningen, skolens struktur og miljø, de fysiske rammer, sundhedspædagogiske kompetencer og økonomiske midler og ressourcer i form af timer, samarbejde med et omgivende samfund, ledelsesopbakning og forældreopbakning. Stort set alle elementer i setting tilgangen som beskrevet for en *Health Promoting School* (Leger, 2005).

I interviewene fremstår informanternes viden om betydningen af de flerstrengede indsatser ikke som en systematisk viden. Men mere som en intuitiv viden.

En vigtig nøgleperson

Informanterne beskriver, at det er nyttigt, at der er en funktion, hvor der er en person, der har opgaven med at sikre fremdrift. Sundhedskoordinatorerne tillægges således positiv betydning af kollegerne. Både fordi de kan hjælpe dem med at holde fokus og få noget til at ske, men også fordi de har en faglig viden og konkrete redskaber, som kolleger kan drage nytte af. Lederne opfatter generelt, at koordinatorerne er en god ressource, som støtter dem i deres ledelsesfunktion, og at de bidrager til at fremme implementeringen af handleplanen, herunder at koordinatorerne får de rette kompetencer, så de kan støtte deres kolleger fagligt.

I forhold til kompetenceudvikling peger koordinatorerne selv på netværket (netværket for sundhedskoordinatorerne drevet af forvaltningerne) som et sted, hvor de henter viden. At opfattelserne af sundhedskoordinatorfunktionen faktisk har betydning for implementeringen dokumenteres af (Leger, 2005), som fremhæver vigtigheden af, at der er udpeget en nøgleperson som har den fornødne tid og de rette kompetencer, hvis implementeringen skal lykkes.

(Leger, 2005) fremhæver desuden, at der skal være struktur og rammer for kommunikation ud i organisationen og mulighed for udveksling af ideer og erfaringer. Det oplever sundhedskoordinatorerne, at der er, og de oplever det som fremmende for at kunne løse deres opgave. De beskriver, at de har fast taletid på pædagogiske rådsmøder, afdelingsmøder og i lignende fora. Det giver dem en platform at tale ud fra og mulighed for at komme i dialog med deres kolleger. Lederne opfatter ligeledes, at det er en af de måder, de kan understøtte funktionen.

En leder peger, som en generel betragtning, på, at tydelig ledelse er tilstrækkelig, og at det ikke burde være nødvendigt at have nøglepersoner inden for særskilte temaer. Dele af den opfattelse deles af lederne for så vidt, at de tillægger ledelsen meget stor betydning for at nye indsatser kan implementeres. I den opfattelse er der overensstemmelse med de anbefalinger for implementering af *Health Promoting Schools* af (Leger, 2005). Men i samme anbefales der, at der er en koordinator, som en væsentlig forudsætning for at skabe fremdrift i interventionerne.

Der er mange forventninger fra ledere og lærere til, hvad sundhedskoordinatoren skal kunne bidrage med. Det fremgår dog ikke, om de mange forventninger faktisk indfries, ej heller om der er gennemført en forventningsafstemning mellem lederen og sundhedskoordinatoren og mellem sundhedskoordinationfunktionen og lærerkollegerne. Man kan antage, at forventningerne – udtalte eller udtalte - indfries i en vis udstrækning, fordi sundhedskoordinationerne generelt oplever en stigende interesse fra deres kolleger. De fortæller dog også, at de oplever kolleger, som ikke kan se det fagligt relevante i indsatsen. St. Leger argumenterer for vigtigheden af, at der skabes klare fælles og realistiske mål (Leger, 2005). Det kommer ikke til tydeligt til udtryk i interviewene, at der er sket en fælles afklaring.

Et perspektiv der kommer frem er et ønske om, at sundhedsplejersker og fysioterapeuter var mere involveret i indsatserne for de udsatte børn. Nogle informanter beretter, at de ikke oplever, at de har de kompetencer, der skal til, for at kunne hjælpe de særligt udsatte børn, og oplever ikke, at skolen kan klare det alene. En indsigt som taler ind i anbefalingen i ”Protocols and Guidelines for Health Promoting Schools” om væsentlige samarbejdspartner (Leger, 2005). Der fremhæves det som essentielt, at der er et formaliseret samarbejde mellem skolerne og de sundhedsprofessionelle.

Ved empirisk analyse af de gennemførte interview træder det frem, at sundhedskoordinationerne bruger andre ord om indsatsen end læreren og lederne. De beskriver i højere grad deres erfaringer, opfattelser og holdninger gennem sundhedsfremmende og sundhedspædagogiske termer. De taler om emnerne på en måde, der viser en dybere indsigt i og viden om, hvordan begreberne kan operationaliseres. De inddrager i højere grad perspektiver som elevinvolvering og udvikling af elevernes handlekompetence. Det kan antages, at den iagttagelse afspejler den gennemførte kompetenceudvikling af koordinatorene.

Lærerne beskriver i højere grad emnerne i dagligdags vendinger, og de beskriver mere holdninger til emnet end konkrete erfaringer.

Ledelse har betydning

Det træder tydelig frem, at der er sammenfaldende opfattelser af, at ledelse har betydning for, i hvilken udtrækning det lykkes at implementere sundhedskoordinationfunktionen og handleplanen.

Lederne har selv en opfattelse af, at de skal gå forrest og sætte dagsordenen overfor personalet, og de skal skabe rum og plads til sundhedskoordinationerne og de initiativer, der skal tages. At det kan være vanskeligt, fremgår af de mange udsagn om, at der er mange dagsordener i skolen, og at der er mange ledelsesopgaver at prioritere imellem dem. De barrierer, der her omtales, genfindes også hos Parcel (1999). Informanterne har en opfattelse af, at det kan være svært at få nye ting på dagsordenen. At der er en politisk beslutning er vigtigt, men ikke alt afgørende. Der er brug for, at den politiske beslutning italesættes meget tydeligt som en skal-opgave. Det hjælper, at man skal afrapportere i for eksempel kvalitetsrapporten. Lederne skal også klædes på til opgaven og sættes ind i, hvad der forventes fra det politiske og administrative niveau.

Et vigtigt element i implementeringen af en politisk beslutning er, at de der skal udføre den, er involveret i hvordan den praktiske gennemførelse skal ske. (Wistoft & Grabowski, 2010). Ved at læse lederes opfattelser og udsagn, kan der tegne sig en tvivl om, hvorvidt de oplever, at de har været involveret i tilstrækkelig grad til at føle ejerskab til beslutningen. Dog oplever lederne, at handleplanen og møder med styregrupperepræsentanter og dokumentationskrav om indsatsen som understøttende i deres ledelsesopgave.

Sundhedskoordinatorerne beskriver to former for opbakning fra ledelsens side; en passiv og en aktiv. Den passive er, at lederen siger ok til forslag, men i øvrigt ikke forholder sig mere, og den aktive er, at lederen selv er opsøgende og bidrager aktivt i samarbejdet med sundhedskoordinatoren. Den aktive opbakning beskrives af St. Leger (2005) som fremmede for implementeringen, fordi det ledelsesmæssige engagement er nødvendigt for at sikre autoritet og fremdrift.

Det flytter sig

Der er flere opfattelser af, hvordan funktionen har sat sig spor både i holdninger og i konkrete indsatser og aktiviteter.

Der er en opfattelse af, at der er sket en holdningsændring i retning af positiv interesse og accept af sundhedskoordinatorerne og deres arbejde.

Informanterne beskriver flere forklaringer på holdningsændringerne.

Det er blandt andet, at der er en sundhedskoordinatorfunktion, den politiske prioritering i form af handleplanen og de afsatte ressourcer, den ledelsesmæssige prioritering, nye undervisningsmetoder, som for eksempel læringsstile, at der nu er evidens for fysisk aktivitets positive indvirkning på indlæring samt også samfundsudviklingen.

At der er flere forhold, der har betydning kan underbygges ved, som Dooris (2010), at anskue skolen som et åbent system, der interagerer med omverdenen, og at skolen er et komplekst dynamisk system med input, gennemløb og output.

Sundhedskoordinatorfunktionen har således ikke været det eneste input i skolen i den treårige periode, som har haft betydning for holdningsændringerne.

Lederne og lærerne og sundhedskoordinatorerne peger på en lang række konkrete resultater, hvor sundhedskoordinatoren har bidraget eller stået for indsatsen.

De nævner konkrete eksempler på, hvordan der er sket involvering af skolens miljø, og de mange aktiviteter, der anvendes til bevægelse i frikvartererne og i undervisningen.

Det handler om udvikling af lærernes kompetencer, konkret er det sundhedskoordinatorerne egen kompetenceudvikling og lærernes i forbindelse med sparring til konkrete undervisningssituationer og mindre oplæg.

Omkring elevinvolvering er det særlig sundhedskoordinatorerne, der nævner konkrete eksempler.

Som det sidste indsatsområde er udvikling af undervisningen, og her beskriver koordinatorerne særligt mange eksempler, som involverer fysisk aktivitet. Det er alle initiativer, der har bidraget i implementeringen af handleplanen.

Som tidligere nævnt er handleplanen lavet som en tillempet model med udgangspunkt i skolen som en sundhedsfremmende setting (Dooris, 2010). En af styrkerne ved setting - tilgangen er desuden, at den er en ramme som skolen kan lægge sine egne lokale prioriteter ind i (Burgher, 1999). Det giver skolerne stor handlefrihed, og det kan forklare de mange forskellige aktiviteter der nævnes af informanterne.

Det er tydeligt, at fysisk aktivitet har været i fokus i mange initiativer, særligt i de yngste årgange. Det lyder som om, at det er ved at flytte sig op i højere klassetrin. Det kan være et udtryk for en udviklingsproces, hvor man nu har høstet erfaringer og er ved at være klar til at gå et skridt videre.

De mange udsagn, som beskriver de aktiviteter sundhedskoordinatorerne har taget initiativ til eller stået for, kan pege på, at sundhedskoordinatoren er essentiel og en vægtig løftestang for at implementere handleplanen "Sundhed og trivsel i folkeskolen". Også set i lyset af den kamp, der ifølge informanterne er, om at komme på dagsordenen i skolen.

6.2 Metodediskussion

Metode

Studiets design er bygget op omkring en fænomenografisk analysemetode, fordi målet var at afdække variationen i informanternes opfattelse af de valgte temaer. (Lepp & Ringsberg, 2002)

Forskningsspørgsmålene skulle både afdække opfattelsen af sundhedskoordinatorfunktionen, men også give indsigt og viden i de opfattelser, der er i den pædagogiske verden i skolen af et – set med sundhedsfaglige øjne – sundhedsprojekt.

I studiet er der afdækket en række opfattelser, som "fylder" i skolen, og som er væsentlige at tage højde for i en planlægnings- og implementeringsindsats. Dette vurderes vigtigt i en dansk kontekst, hvor der i disse år etableres mange tværgående samarbejder på tværs af forvaltninger og de pædagogiske og sundhedsfaglige verdener.

Dokumentanalyse kunne have suppleret studiet med nyttig viden om implementeringsgraden af handleplanen i skolerne, men blev ikke foretaget, fordi det ikke har været hensigten at evaluere af handleplanen og sundhedskoordinatorfunktionen. Af samme grund er der ikke valgt en forskningsmetode med sigte om at af- eller bekræfte hypoteser, eller som har skullet dokumentere effekt af indsatsen i objektiv målbar forstand. Hvis sigtet havde været en evaluering ville forskningsspørgsmålene have været mere virknings- og resultatorienterede. .

Udvalg af informanter

Udvalget af informanter og skoler blev foretaget strategisk, og der blev gennemført syv interviews i alt.

Det blev anvendt en semistruktureret interviewguide med samme temaer, men med varierende underspørgsmål alt efter informanternes funktion.

De valgte typer af informanter blev valgt med henblik på at belyse problemstilling fra flere perspektiver alt efter funktion. Da der efterhånden er et meget udbygget samarbejde mellem personalegrupperne på skolen og i skolernes skolefritidsordninger (SFO), kunne det have bidraget med nyttige perspektiver også at have interviewet pædagogerne på skolerne.

Skolelederne blev bedt om at finde informanter blandt lærerne, og der blev ikke sat kriterier for denne udpegning. Der kunne have været en fordel, at have sat det kriterium at det var lærere som interesserede sig særligt for sundhed, da de må formodes at have en vis indsigt i handleplanen og sundhedskoordinatorernes funktioner. Om det er lærere med denne særlige interesse er ukendt. På den anden side ville det også være interessant, hvis det var lærere som ikke interesserede sig for emnet. Det ville givet have tilføjet en større variation i opfattelser og holdninger til sundhed og koordinatorenes betydning.

Jeg kunne have valgt at gennemføre interviewene skole vis. Det ville givetvis have tilføjet andre dimensioner, men da jeg ønskede at iagttage variationen mellem grupperne mener jeg, at have valgt en berettiget selektion af informanter til mine interview.

Studiets validitet og realibilitet

Kvalitativ forskningsmetode er velegnet, når man ønsker viden om mennesker opfattelse, erfaringer, forståelse af fænomener (Robson, 2002), og forudsætninger for studiets validitet og realibilitet er tidligere beskrevet i afsnit 4.6

Erfaringen med de gennemførte interviews fortæller mig, at interviewenes kvalitet blev bedre og bedre efterhånden. Min spørgeteknik og det at stille udforskende åbne spørgsmål blev forbedret. Det kunne have forbedret mit datamateriale, hvis jeg havde været mere rutineret.

Jeg gennemførte selv transskriberingen af interviewene og fik derved at godt kendskab til data. Datamaterialet og kategorierne er ikke læst og vurderet af en anden person, sådan som det ideelt anbefales (Lepp & Ringsberg, 2002). Det er ikke sket af tidsmæssige årsager, og det svækker studiets interne validitet.

Interviewguiden

Interviewguiden var semistruktureret, tematiseret og tilpasset de tre kategorier af informanter. Hvis jeg havde fået chancen for at lave studiet igen, ville jeg spørge mere præcist til opfattelsen af handleplanen som ramme for indsatsen, idet der henvises flere gange til den af informanterne, men det kunne formodentlig have bidraget med nyttig viden, hvis handleplanens betydning var blevet afdækket yderligere.

7. KONKLUSIONER OG PERSPEKTIV

Dette afsnit afsluttes med en sammenfattende konklusion på fundene i studiet og endelig gives der et bud nogle refleksioner om, hvordan fundene kan anvendes fremadrettet.

7.1 Konklusion

Studiet har belyst en række opfattelser som bidrager til at belyse forskningsspørgsmålene. Disse beskrives i det følgende, og konklusionerne drages på baggrund af fundene i studiet:

Blandt de interviewede skolesundhedskoordinatorer, lærere og skoleledere er der enighed om, at skolen qua de formelle styringsdokumenter, herunder også handleplanen har ansvar for at fremme elevernes sundhed og trivsel. Den politiske prioritering af indsatsen vurderes som meget værdifuld ikke mindst set i lyset af at der, ifølge informanterne, er mange der vil noget med folkeskolen. Der er derfor brug for noget særligt for at komme på dagsorden.

Det kan derfor konkluderes, at den politiske prioritering i form af handleplanen og sundhedskoordinatorfunktionen tillægges stor betydning og vurderes som en væsentlig forudsætning for at komme på skolens dagsorden.

Og informanterne opfatter, at de deler ansvaret med forældrene, og at det omgivende samfund også bidrager til at skabe sundhed og trivsel for børnene. De opfatter sundhed som både bredt og positivt. Og de ser en nyttig gensidighed mellem sundhed og trivsel og læring

Det kan derfor konkluderes, at informanterne opfatter indsatser for elevernes sundhed og trivsel som en meningsfuld del af skolens hverdag.

De peger på og har nogen erfaringer med, hvordan skolen i et setting perspektiv kan fremme børns sundhed og trivsel gennem en flerstrengt indsats. De taler dog ikke systematisk om det, men mere intuitivt.

Det kan derfor konkluderes, at der blandt informanterne er god forståelse for, at der er brug for en flerstrengt indsats i skolen som setting, men der er behov for at udvikle et fælles sprog for den systematiske indsats.

Informanterne opfatter generelt sundhedskoordinatorfunktionen som nyttig. Det beskrives som vigtigt, at der er én person, der har opgaven, holder fokus, er faglig kompetent og sikrer fremdrift. Ledelsen opfatter at sundhedskoordinatorerne kan understøtte dem i deres ledelsesfunktion, og at de bidrager til at fremme implementeringen af handleplanen, herunder at de kan støtte deres kolleger fagligt. Sundhedskoordinatorerne opfatter, at der er struktur for kommunikationen og dialogen med kolleger via fast taletid på pædagogiske rådsmøder, afdelingsmøder og i lignende

fora. Der er mange forventninger fra ledere og lærere til hvad sundhedskoordinatoren skal kunne bidrage med.

Der er sammenfaldende opfattelser af, at ledelse har betydning for, i hvilken udtrækning det lykkes at implementere sundhedskoordinatorfunktionen og handleplanen.

Sundhedskoordinatorerne beskriver vigtigheden af en aktiv opbakning fra ledelsen.

Det kan derfor konkluderes, at sundhedskoordinatorfunktion opfattes positivt, som en nyttig funktion, der skal være plads og rammer at udfolde funktionen i, og der skal ske en klar forventningsafstemning til funktionen mellem aktørerne.

Sundhedskoordinatorerne har brug for klare aftaler med ledelsen og tydelig opbakning.

Informanterne vurderer, at forudsætningen for en succesfuld implementering er tilstrækkelig tid, og det er flere år.

Lederne opfatter at, at de skal gå forrest og sætte dagsordenen overfor personalet og sundhedskoordinatorerne. Der er mange konkurrerende dagsordener, og det kræver prioritering fra ledelsens side. Ledere efterlyser, at de politiske beslutninger italesættes meget tydeligt som en skal-opgave. Lederne oplever det positivt, at de skal afrapportere i for eksempel kvalitetsrapporten.

Det kan derfor konkluderes, at lederne opfatter de har en afgørende rolle, og at nye indsatser skal integreres i de styringsdokumenter, der anvendes på deres område. Der skal være en tydelig dialog mellem lederne og forvaltningerne om indsatsen.

Sundhedskoordinatorerne beskriver i høj grad deres erfaringer, opfattelser og holdninger gennem sundhedsfremmende og sundhedspædagogiske termer. De taler om emnerne på en måde, der viser en dybere indsigt i og viden om, hvordan begreberne kan operationaliseres. De oplever det positivt at deltage i sundhedskoordinatornetværket.

Det kan derfor konkluderes, at kompetenceudvikling sætter sig spor, og at netværk for sundhedskoordinatorerne opleves nyttigt.

Sundhedskoordinatorerne oplever en positiv holdningsændring fra kolleger og ledelse, både overfor deres funktion, og de initiativer der er taget. Der er gennemført en lang række initiativer som alle bidrager på forskellig vis til implementering af handleplanen. Heraf fylder bevægelse og fysisk aktivitet, dog mest i de yngre aldersgrupper.

7.2 Perspektivering

Studiet giver anledning til at anbefale, at der i handleplanen ”Sundhed og trivsel i Folkeskolen” (Sundhedsudvalget, 2009) arbejdes videre med at udvikle den flerstrengede indsats, herunder også et fælles sprog indenfor en setting-baseret tilgang. Det vil styrke indsatsen på områder, som informanterne ikke eller kun i meget lille grad har berørt, særligt samarbejdet med forældrene og øvrige interessenter omkring skolen.

En af anbefalingerne i (Leger, 2005), er dannelsen af en gruppe af interessenter herunder ledelse, elever og forældre, som kan understøtte indsatsen. Det vil styrke sundhedskonsulentens aktionsmuligheder og dermed implementeringen af

handleplanen, at have en fast gruppe at arbejde sammen med, og det ville bidrage til en øget elev- og forældre involvering.

Et andet perspektiv, som kunne være nyttigt at fokusere på, er tættere involvering af ledelsen. Både i forhold til sundhedskoordinatorens arbejde i det daglige, men også i relation til handleplanens styregruppe. Da der er variation i ledernes opfattelse af sundhedskoordinatorfunktion, kan det anbefales, at der sikres en forventningsafstemning på de respektive skoler mellem koordinatoren og ledelsen.

8. TAK

Jeg skylder stor tak til alle, der har bidraget til dette studie.

Først og fremmest stor tak til de lærere, sundhedskoordinatorer og ledere som beredvilligt stillede op til interview, og gav mig noget af deres tid. En særlig og speciel tak til sundhedskonsulent Ulla Lassen og fagkonsulent Finn Bruncke som i den grad har bakket mig op undervejs og hjulpet med den praktiske afvikling af alle interviews. Min vejleder lektor Karen Wistoft skylder jeg stor tak for dyb indsigt og inspirerende vejledning undervejs.

Også stor tak til Mette Lolk, Kirsten Vinther-Jensen og Jette Jul Bruun som har været uvurderlige faglige inspiratorer.

Jeg skylder også stor tak til Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap. Det har været et fantastisk privilegium at få lov at studere der.

Aller størst tak skylder jeg dog min familie. I har været den afgørende forskel.

9. REFERENCER

- Bruun Jensen, B., 2000. *Handling, læring og forandring. Beretninger fra Den sundhedsfremmende skole*. 1. udgave red. København: Danmarks Lærerehøjskole og Komiteen for Sundhedsoplysning.
- Bruun Jensen, B., 2005. *Unge tanker om ulighed, sundhed og handling for sundhed*. København: Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Bruun Jensen, B., 2005. *Viden og evidens i forebyggelsen*, København: Sundhedsstyrelsen.
- Burgher, M. R. R., 1999. The European Network of Health promoting Schools. The alliance of education and health. s.l.:International Planning Committee (IPC) .
- Byrådet, 2009. *Sundhedspolitikken*. s.l.:Sønderborg kommune.
- Due, P. J. A. H. P. R. M., 2007. Sociale relationer og skolens betydning for social ulighed i adfærd og helbred. I: *Social ulighed i sundhed blandt børn og unge*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Forebyggelseskommissionen, 2009. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger, s.l.: Forebyggelseskommissionen.
- Green, J. T. K., 2010. *Health Promotion. Planning and strategies*. s.l.:Sage Publications Ltd.
- Lepp, M. R. K., 2002. Phenomenography - a qualitative research approach. I: L. Hallberg, red. *Qualitative Methods in Public Health Research*. Lund: Studentlitteratur, pp. 105-136.
- Organisation, W. H., 2006. www.WHO.int. [Online] [Senest hentet eller vist den 11. august 2013].
- Parcel, 1999. The school as a setting for health promotion. I: *Settings for health promotion : linking theory and practice*. s.l.:Sage Publications, pp. 94-95.
- Rasmussen, M. D. P., 2011. *Skolebørnsundersøgelsen 2010*, København: Statens Institut for Folkesundhed .
- Robson, C., 2002. *Real World Research*. second edition red. Oxford: Blackwell Publishing.
- Sundhedsloven, 2008. *LBK nr. 95 af 07/07/2008*, s.l.: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen, u.d. www.sst.dk. [Online]

Available at:

<http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Fysisk%20aktivitet/Anbefalinger%20til%20boern%20og%20unge.aspx>

Sundhedsudvalget, 2009. *Sundhed og trivsel i Folkeskolen 2009 - 2012*. s.l.:Sønderborg kommune.

Sørensen, K. K. B., 2009. *Den sundhedsfremmende skole*. 1.0 red. Haderslev: Kosmos, University College SYD.

Uddannelse, B. o., 2010. *De 9 Strategier*. s.l.:Sønderborg kommune.

Undervisning, M. f. B. o., 2007. *Kvalitetsrapportbekendtgørelsen nr. 162*. s.l.:Ministeriet for Børn og Undervisning.

Undervisningsministeriet, 2009. Fælles Mål 2009. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. Faghæfte 21. s.l.:Undervisningsministeriet.

Undervisningsministeriet, 2010. *Fælles mål 2009. Elevernes alsidige udvikling. Faghæfte 47*. København: Undervisningsministeriet.

WHO, 2006. www.WHO.int. [Online]

Available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

[Senest hentet eller vist den 11. august 2013].

9. BILAG

Bilag 1: Funktionsbeskrivelse for sundhedskoordinatorerne

Formålet med sundhedskoordinatorfunktionen er at skabe, øge og vedligeholde sundhedsfremmende aktiviteter på skolen gennem samarbejde med kolleger, ledelse og forvaltningerne.

Generelt

- Funktionen skal varetages af en lærer eller anden person med relevant uddannelse, der kan varetage undervisningen i h.t. Faghæfte 21.
- Funktionen har sin egen økonomi
- Personopdatering skal ske til Finn Bruncke og Ulla Lassen
- Der afholdes fire netværksmøder for koordinatorgruppen. Disse arrangeres af Børn og Uddannelse samt Social og Sundhed
- Fællesnettet er platformen for dialog koordinatorerne imellem
- Den årlige evaluering af de sundhedsfremmende aktiviteter indgår i kvalitetsrapporten

Sundhedskoordinatorens opgaver

- Skal sammen med ledelsen sikre, at der er et fast punkt på dagsorden for Pædagogisk Råd og/eller på teammøder om sundhed og trivsel
- Skal i tæt samarbejde med kontaktlæreren for elevrådet sikre, at der er et fast punkt på elevrådets dagsorden om sundhed og trivsel i folkeskolen (Trivsel – Øget bevægelse – Maddannelse)
- Skal være igangsætter og inspirator på skolen i f.t. Faghæfte 21 og ”Handleplan for Sundhed og trivsel i folkeskolen”
- Kan inddrages som faglig sparringspartner i forhold til kolleger og ledelse ved tiltag på skolen, der vedrører sundhed og trivsel
- Sikre at sundhedsrelaterede materialer/information videresendes til relevante personer på skolen
- Skal deltage i netværksmøderne
- Have fokus på netværks- og venskabsdannelser samt reduktion af den sociale ulighed i forhold til sundhed og trivsel i folkeskolen, bl.a. i et samarbejde med AKT, PPR, sundhedsplejen m.fl.
- Koordinere og sikre udarbejdelse af kortlægningsskemaer for sundhedsundervisning for hver årgang og udarbejde et sammendrag af disse. Sammendraget sendes til Finn Bruncke og Ulla Lassen
- I samarbejde med skoleledelsen udarbejdes årlige handleplaner og evalueringer for skolens indsatser for fremme af sundhed og trivsel, jfr. Handleplanen gældende for 2012-2015 – der tages bl.a. udgangspunkt i kortlægningsskemaerne

Pædagogisk- didaktiske kompetencer for sundhedskoordinatoren

- Der tages afsæt i Faghæfte 21, hvor det overordnede undervisningsmål er at udvikle en lyst, en vilje og et mod hos eleverne til at forandre sundhedsforhold for sig selv og andre - udvikle elevernes handlekompetence.

Revideret august 2012

Bilag 2

Spørgeguide: Lærere - ikke koordinører

Velkommen

Introduktion til interviewet:

Formål med opgaven og anonymitet

Temaer:

Hvilken rolle oplever I, at skolen/undervisningen har i forhold til at skabe sundhed for eleverne?

Hvilken rolle oplever I sundhedskoordinatoren har?

Underspørgsmål:

Er I bekendt med deres funktioner?

Hvilke initiativer har I oplevet, at koordinаторerne har taget?

Hvad er de mest positive erfaringer?

Har der været situationer, hvor det ikke har fungeret?

Hvorfor tænker I det er svært?

Hvordan oplever I den ledelsesmæssige opbakning?

Involvering

Bliver I - og i givet fald - hvordan involveret i koordinаторernes indsatser?

Hvilken betydning tror I, det har for sundhedsindsatserne, at der er sundhedskoordinører?

Hvordan oplever I det er at arbejde med sundhedsemner? Fylder det i snakken blandt kolleger, og hvordan bliver der snakket om det?

Oplever I negative konsekvenser?

Barrierer?

Kunne I ønske jer en anden model?

Hvordan oplever I, at I kan anvende sundhedskoordinаторerne?

Afrunding

Er der noget I vil tilføje eller uddybe?

Bilag 3

Spørge guide - Skoleledere (individuelle)

Velkommen

Introduktion til interviewet:

Formål med opgaven og anonymitet

Temaer:

Hvilken rolle oplever du, at skolen/undervisningen har i forhold til at skabe sundhed for eleverne?

Hvilken rolle oplever du sundhedskoordinatoren har?

Hvilke initiativer har du oplevet, at koordinatorene har taget?

Hvad er de mest positive erfaringer?

Har der været situationer, hvor det ikke har fungeret?

Hvorfor tænker du, det var svært?

Hvad tænker du om betydningen af den ledelsesmæssige opbakning?

Involvering

Bliver du - og i givet fald hvordan involveret i koordinatorenes indsatser?

Hvordan oplever du, at du kan anvende sundhedskoordinatorerne?

Hvilken betydning tror du, det har for sundhedsindsatsen på skolen, at der er sundhedskoordinatorer?

Hvordan oplever du, det er at arbejde med sundhedsemner? Fylder det i snakken blandt kollegerne på skolen, og hvordan bliver der snakket om det?

Oplever du negative konsekvenser/barrierer?

Kunne du ønske dig en anden model?

Afrunding

Er der noget I vil tilføje eller uddybe?

Bilag 4.

Spørgeguide - Sundhedskoordinatorer

Velkommen

Introduktion til interviewet:

Formål med opgaven og anonymitet

Temaer:

Hvilken rolle oplever I, at skolen/undervisningen har i forhold til at skabe sundhed for eleverne?

Hvilken rolle oplever I, at I har som sundhedskoordinatorer?

Underspørgsmål

Hvilke initiativer har I taget?

Hvad er de mest positive erfaringer?

Har der været situationer, hvor det ikke har fungeret?

Hvorfor tænker I det var svært?

Hvordan oplever I samarbejdet med jeres kolleger, i den rolle I har?

Hvordan oplever I den ledelsesmæssige opbakning?

Involvering

Hvordan oplever I det er, at involvere jeres kolleger og ledelsen i indsatserne?

Hvordan bliver I mødt af jeres kolleger og ledelse?

Hvilken betydning tror I, det har for sundhedsindsatserne, at der er sundhedskoordinatorer?

Hvordan oplever I, det er at arbejde med sundhedsemner?

Fylder det i snakken blandt kolleger, og hvordan bliver der snakket om det?

Oplever I negative konsekvenser?

Barrierer?

Kunne I ønske jer en anden model?

Afrunding

Er der noget I vil tilføje eller uddybe?

