

Efterskolen og sundhedsfremme

- Rapport om unges sundhedsvalg og efterskolens vilkår og muligheder for sundhedsfremmende arbejde

Indholdsfortegnelse

Forord

Læsevejledning

Del 1: At være ung i det senmoderne og hyperkomplekse samfund

Tema 1: Unge, fællesskaber og risikoadfærd

Tema 2: Unge, trivsel og identitet

Tema 3: Styringsmekanismer

Opsamling på tema 1, 2 og 3.

Del 2: Sundhed og sårbare unge

Konkrete bud på sundhedsindsatsen på skoler

Livsstilsbetragtningen

Del 3: Det brede og positive sundhedsbegreb

- set i forhold til efterskolens praksis

Handleorienteret sundhedsundervisning

- set i forhold til efterskolens praksis

Projekt Den Sundhedsfremmende Skole

Kort om evalueringens fund

Del 4: anbefalinger og overvejelser om sundhedsfremmende projekter i efterskolen

Hvad er det, vi kan som efterskoler?

Efterskolens som "opgaveløser" i sundhedsarbejdet i forhold til specielt de sårbare unge.

Vores udfordring som sundhedsformidlere i efterskolen

Afslutning

Forord

Min motivation for at skrive om efterskoleelever og sundhedsfremme tager sit udspring i mit arbejde som efterskolelærer og som efterskoleforstander. Sideløbende med dette er jeg i gang med en diplomuddannelse i Sundhed, Kost og Motion. De to verdner af teori og praksis omkring sundhed har været inspirationskilder.

Denne rapport er tænkt som udgangspunkt for skoler, der ønsker at komme i gang med sundhedsarbejdet. En del efterskoler er allerede i fuld gang med diverse tiltag omkring sundhed, og rapporten er forhåbentlig et bidrag til disse skolars videre arbejde.

Sundhedsdebatten bølger gennem landet og verden og har gjort det længe med input fra eksperter og lægefolk, som oplyser nogle, og forvirrer de fleste. Livsstilssygdomme eller civilisationssygdomme som hjertekar sygdomme, diabetes m.fl. vil ramme et voldsomt stigende antal danskere, forudser Statens Institut for Folkesundhed (Institut for Folkesundhed, 2007).

Den sociale ulighed i sundhed er et faktum (Jensen B. et al. 2007/2008), og vi ser det i praksis i vores små minisamfund på efterskolerne. Risikoadfærd som rygning, stort alkoholindtag, grænsesøgning i forhold til voksne og regler ses ofte hos unge, der er usikre eller ensomme, og unge, der generelt ikke trives så godt.

Sundhed, livsstil og levevilkår betragtes ofte som den enkeltes valg. Dette lader den enkelte alene om både succeser og fiaskoer. Samtidig ved vi, at livsvilkår og netværk er af afgørende betydning for vores sundhed (ibid). Derfor kan og må den enkelte ikke stå alene med ansvaret for egen sundhed.

De mange tusinde unge på landets efterskoler er en oplagt gruppe at forsøge at få i tale om sundhed og sundhedsfremme, da det vil gøre en kæmpe forskel, når det lykkes, men hvordan?

Noget af det første man må spørge sig selv om, før man forsøger at påvirke eller ændre efterskoleelevers sundhedsadfærd og valg af livsstil er:

- Hvad er sundhed og sund livsstil for de unge?
- Har de unge selv et ønske om ændret sundhedsadfærd og livsstil?

Den diskurs vi er en del af betyder, at det er nærmest umuligt ikke at svare positivt på ovenstående. Sundhed fylder hele sendefloden. Slankeprogrammer, livsstilsprogrammer og reklamer for sunde produkter, der får dig til at leve længere og se ung og smuk ud. Desuden er der et kæmpe marked for personlig udvikling, videreuddannelse og udvikling af arbejdspladsen. Hvis vi ikke er med på dette, kan vi blive opfattet som uansvarlige overfor os selv og samfundet og som om, vi ikke har styr over vores liv. Og det skal man have....

Dette oplever de unge også. De fleste unge knokler for at leve op til egne, venners, forældres og samfundets forventninger om, at de skal være målrettede og have styr over sig selv og deres liv. Samtidig er de i en fase af livet, hvor det er rigtig svært at have styr over noget som helst. De er under fysisk og psykisk ombygning og ofte usikre inde bag den, for manges vedkommende, polerede overflade.

En del unge vælger noget andet end det, det omgivende samfund og forældrene forventer af dem. De prøver forskellig adfærd og livsstil af og eksperimenterer med roller mere eller mindre bevidst som led i deres løsrivelse og søgen efter egen identitet. Disse unge finder som regel med hjælp og støtte fra venner, familie og netværk deres ben igen.

En mindre gruppe unge har det rigtig svært. De har svært ved at overskue deres hverdag og de udfordringer, som livet giver dem. De har svært ved at drage omsorg for sig selv og mangler handleredskaber til at komme ud af deres situation. De føler sig magtesløse, ofte ensomme og trives ikke.

Langt de fleste unge ved, hvad der er sundt og usundt, og hvilken livsstil der er bedst for dem selv på den lange bane. Men når man er ung handler det mere om alt muligt andet end at foretage sunde valg altid. Unge har vidt forskellige forudsætninger og kompetencer. De kommer på efterskole med vidt forskellige historier i deres rygsæk og med vidt forskellige muligheder for at foretage sunde valg.

Og hvad er sunde valg?

Er et sundt valg for dig, det samme som et sundt valg for mig?

Som efterskoler har vi unikke muligheder for at komme i dialog med de unge – også om sundhed, men hvor skal vi starte, og hvordan gør vi det bedst?

Læsevejledning

Rapporten er inddelt i 4 dele.

Del 1 handler om de unge. Jeg vil i denne del af rapporten forsøge at give et billede af, hvad de unge selv tænker om sundhed og sundhedsvalg, samt hvilke overvejelser det kunne sætte i gang hos os som sundhedsformidlere i efterskolen. Jeg har inddelt dette i tre temaer. De første to temaer handler om unge, trivsel, fællesskab og identitet. I disse temaer har jeg anvendt en artikel af Ph.d.-studerende Liselotte Ingholt om fællesskab og rygning på en efterskole, en artikel om fællesskaber og risikoadfærd af Jens Christian Nielsen og Niels Ulrik Sørensen, begge ansat ved Center for Ungdomsforskning, , en artikel om sundhed og trivsel af sociolog Susanne Aaen fra Kræftens Bekæmpelse, og endelig en artikel skrevet af Sven Mørch og Anne De Hass på baggrund af et forskningsarbejde om ungdomsværelset med fokus på selvforståelse. Det tredje tema handler om styringsmekanismer. Jeg vil i dette tema beskrive den sundhedsdiskurs, jeg mener, vi er en del af, og kort med udgangspunkt Foucaults tanker om magtteknologier se på efterskolepædagogik set som en generel tendens.

Del 2 handler om sårbare unge og anbefalinger til sundhedsarbejde, der arbejder for mere lighed i sundhed. I denne del af rapporten vil jeg redegøre for problemet omkring sundhed og sårbare unge. Til dette vil jeg inddrage en artikel af lektor ved DPU, Bente Jensen. Dernæst vil jeg redegøre for et markant indlæg i sundhedsdebatten, der lægger sig op af dele af Forebyggelseskommissionens anbefalinger. Det er læge og professor Bente Klarlund Pedersens artikel: "Med lov skal sundhed fremmes".

Del 3 handler om, hvilket sundhedsbegreb, jeg mener, bør ligge til grund for sundhedsarbejdet i efterskolerne, samt hvilke sundhedspædagogiske overvejelser vi bør gøre os i forhold til undervisningen. Til dette vil jeg bl.a. anvende Faghæfte 21 – Sundheds-, og seksualundervisning og familiekundskab. Jeg vil herunder forsøge at forholde sundhedsbegrebet og handleorienteret sundhedsundervisning til efterskolernes eksisterende praksis. I denne del af rapporten vil jeg desuden redegøre for det store projekt, Den Sundhedsfremmende Skole 1995-2005, som dannede baggrund for udfærdigelsen af Faghæfte 21.

Del 4 vil jeg forsøge at samle trådene fra ovenstående og på baggrund af dette, komme med generelle overvejelser og anbefalinger til fremtidige sundhedsfremmende projekter i efterskolen. Jeg vil herunder se på efterskolernes styrker, og de unikke muligheder vi har for at bidrage til de unges sundhedsfremme.

Del 1

At være ung i det senmoderne og hyperkomplekse samfund

Udgangspunktet for læsningen af rapporten er en forståelse af, hvordan det er at være ung i dag. Til dette er der benyttet følgende antagelse: Unges identitetsdannelse er meget anderledes end tidligere i historien. De unge i dag er mere frigjorte fra kulturelle, religiøse og traditionstunge forventninger end førhen, men dette lægger al ansvaret for identitetsskabende arbejde over på den enkelte. De skal skabe sig selv. Subjektet kommer i høj grad i centrum, og der åbner sig utallige nye muligheder for livsvalg (Sommer, 2006). Denne frisættelse kan være en gave for nogle og en nærmest uoverkommelig belastning for andre. Det er dit liv, dit ansvar. Din succes, men også din mulige fiasko, er helt din egen skyld.

Nielsen og Sørensen(2006) beskriver ungdommen som en periode med store valg i tilværelsen, samt en periode af stor betydning for identitetsdannelsen.

Sideløbende med det personlige identitetsarbejde oplever de unge, at verden omkring dem bliver mere og mere kompleks. At ingenting er givet, og alting kan ses fra mange vinkler. Denne oplevelse eller konstatering af det hyperkomplekse samfund er for mange unge skræmmende og svær at forholde sig til (Nielsen, 2004)

Tema 1: Unge, fællesskaber og risikoadfærd

For at belyse unges syn på sundhed og sundhedsadfærd, inddrages Ph.d.-studerende Liselotte Ingholts artikel om fællesskab og rygning på efterskole.

Ingholt har lavet en kvalitativ interviewundersøgelse af 6 unge rygere på en efterskole, hvor rygning er tilladt (Ingholt,2005). Ingholt ønskede at få belyst de unges syn på sundhed, betydningen af de unges viden om rygningens skadelige virkninger, samt rygningens subjektive betydning på tværs af de kontekster, de unge indgik i.

De unges syn på sundhed viste sig at være udpræget subjektive med udgangspunkt i den enkeltes konkrete liv og varetagelsen af dette liv. Fælles var dog en opfattelse af, at et sundt liv er et skægt, aktivt og socialt liv med vennerne, hvor man ikke har for mange problemer med kæresten og forældre. Ingholt erfarede, at noget af det afgørende for, om de unge oplevede succes med efterskoleopholdet var, om de fik skabt sig adgang til og deltagelse i nye fællesskaber og venskaber. Rygning var en klar strategi i dette arbejde, da rygning var et redskab til kontakt. Man behøver ikke mene noget, sige noget eller være noget specielt. Man behøver bare at ryge, så er man sammen med nogen om noget og dermed en del af et fællesskab.

Mange på den pågældende efterskole røg eller begyndte at ryge under opholdet, for det var i rygekælderen, der blev udviklet venskaber. Det var på skolen, der blev planlagt fester og samvær i og udenfor skolen. Hvis man ikke var med til dette, følte man sig udenfor. Da sundhed for de unge bl.a. er et socialt liv med vennerne, bliver i dette tilfælde rygning et redskab til at opnå sundhed.

De unge gav udtryk for interesse i sund levevis og havde også en viden og erfaringer på området, men deres praksis afhang som oftest af den kontekst, de indgik i. Trods de unges viden om rygningens skadelige virkninger, vægtede deres værdier om deltagelse i fællesskaber og venskaber højere i deres daglige sundhedspraksis.

Fællesskaber og risikoadfærd

Med Niensens og Sørensens artikel, "Livet i nuet", belyses fællesskaber og risikoadfærdens betydning i denne periode af livet.

Ungdomsårene er præget af mange skift – transitionsfaser, der alle stiller høje krav om et stort socialt relationsarbejde af den enkelte unge. Disse faser skaber ifølge Nielsen og Sørensen øget risiko for at blive isoleret og ensom, hvilket skaber usikkerhed og sårbarhed hos den unge. Det altoverskyggende mål i disse faser er at skabe integration i den nye kontekst – de nye ungdomsfællesskaber, så må andre hensyn, fx hensyn til egen sundhed, vige.

Nielsen og Sørensen beskriver eksperimenter med bl.a. rygning og alkohol, som en accepteret del af det samvær de unge er en del af, fordi det kræves, hvis de vil være en del af fællesskabet. Risikoadfærd, som rygning og alkoholindtag, kan i nogle sammenhænge oveni købet have "en symbolsk og performativ kvalitet" (Nielsen og Sørensen, 2006 s.39), hvilket kan opleves som befordrende i den enkeltes identitetsarbejde.

En anden side af risikoadfærden, mener Nielsen og Sørensen, handler om at glemme verden og sig selv for en stund. Da det alene er den unges ansvar om hans liv lykkes eller ikke, og mulighederne er uendelige og uoverskuelige, kan den unge have behov for at flygte fra det hele og mærke pulsen og livet i nuet. Det er i livet lige nu og i konkrete situationer, den unge mærker, at han lever og lykkes. Vi ser denne del af risikoadfærd i form af trainsurfing, knallert- eller bilkørsel i høj fart eller småkriminalitet. De unge søger spænding og intensitet, "Jeg risikerer, ergo lever jeg" (ibid). Et opgør med samfundet /forældrenes stigende krav om ansvarlighed, fremtidsorientering osv. Men også et forsøg på at kunne mestre og have kontrol over noget risikabelt. I modsætning til mange unges usikkerhed overfor at kunne mestre og have kontrol over voksenlivets mange udfordringer. Hvis risikoadfærden giver bonus lige nu i form af accept, integration eller tilfredsstillelse, vægtes det også højere end hensynet til sundhed.

Der er dog en dobbelthed for de unge mht. risikoadfærd. På en måde handler fx rygning og alkohol for de unge også om at iscenesætte sig som seje og ældre. Samtidig ønsker de unge ikke voksenverdenens krav om ansvarlighed m.v. Ved siden af dette oplever de unge ofte voksne som dobbelt moralske mht. til bl.a. rygning og alkoholforbrug. Dette gør, at bl.a. skræmmekampagner opleves negativt af mange unge. De føler sig talt ned til og belært – ikke forstået.

Delkonklusion

Forståelsen af sundhed hos de unge er langt mere end blot den naturvidenskabelige viden om et sundt liv, de bl.a. har fået med sig fra skolen. Sundhed opleves af de unge mere subjektivt, som et socialt, sjovt og aktivt liv med andre unge.

Umiddelbart er Ingholts grundlag for, at argumentere for fællesskabernes betydning for valg af sundhedsadfærd konkluderet på et lille grundlag, hvilket hun også selv pointerer i sin artikel. Jeg er dog ud fra egne erfaringer enig med Ingholt i, at dette er gældende for en langt større gruppe. Sammenholdt med Nielsen og Sørensens refleksioner over transitionsfaserne og risikoadfærdens betydning ses, at fællesskaber har en central betydning for de unges sundhedsadfærd i netop denne fase af livet.

Tema 2: Unge, trivsel og identitet.

Med Susanne Aaens artikel, "Sundhed handler også om trivsel", belyses sammenhængen mellem unges trivsel og sundhedsadfærd. Denne sammenhæng bekræftes desuden af den seneste Skolebørnsundersøgelse fra 2006 (Institut for Folkesundhedsvidenskab, 2007). Dernæst beskrives vha. Sven Mørch og Anne De Haas' forskningsarbejde om ungdomsværelset, de unges selvforståelses betydning for sundhedsadfærd.

Aaens artikel bygger på resultaterne af en kvantitativ undersøgelse af unges sundhedsvaner og trivsel. Aaen pointerer, at det generelle billede er, at de fleste unge trives i hverdagen, men at det fremgår, at der er en klar sammenhæng mellem de unges sundhedsadfærd og deres trivsel. De har bl.a. undersøgt, hvor mange procent af unge med personlige problemer, der vanskeliggør daglige gøremål, der ryger dagligt. Ligeledes har de undersøgt, hvor mange procent af unge, der er ensomme, der har været fulde 6 gange eller mere inden for den seneste måned.

"Hvis man sammenligner unge, der trives, og unge, der ikke trives, er der overvægt af dårlige vaner hos de unge, der ikke trives." (Aaen 2006, s.18).

Aaen problematiserer, at man i denne form for undersøgelser ikke kan se, hvad der ligger til grund for mistrivsel. Man kan heller ikke udlede om de usunde vaner er en slags trøst i mistrivsel, en slags håndteringsstrategi for at kunne leve med ensomhed, sorg eller forældreproblemer og/eller et udtryk for manglende handlestrategier for at komme ud af mistrivsel.

Det kan betyde, at valg af sundhedsadfærd ikke afhænger af manglende viden om konsekvenser ved usunde vaner, men måske snarere mangel på viden om handlestrategier og egen tro på handlekompetencer.

Undersøgelsen er foranlediget af Sundhedsstyrelsen og Kræftens Bekæmpelse. Disse to instanser har en sygdomsorienteret tilgang til sundhedsbegrebet. Sundhed handler mest om fravær af sygdom. Dette ses både i Sundhedsstyrelsens kampagner, som aktuelle skrækkampagner om konsekvenser ved rygning og "6-om-dagen", der handlede om forebyggelse af sygdomme, men også styrelsens anbefalinger fx omkring amning, der retter sig mod forebyggelse af fx udvikling af allergi. Deres viden er forankret i den naturvidenskabelige verden, og deres kampagner er præget af en forståelse af, at hvis bare befolkningen får forklaringer på, hvorfor de skal leve sundt og hvordan, så vil de leve efter det.

Aaens tilgang til problematikken er ud fra dette sundhedsbegreb. Trivselsbegrebet bliver ikke defineret. Aaen gør opmærksom på, at unges sundhedsadfærd er påvirket af både indre og ydre faktorer, men da grundlaget for artiklen er en kvantitativ undersøgelse skal svarene være sammenlignelige. Spørgsmål og svar må derfor tage udgangspunkt i en objektiv forståelse af begreberne. Der kan implicit ligge en forståelse af, at når de unge ikke handler i forhold til den viden, de har, må vi som sundhedsformidlere, hjælpe dem til bedre trivsel, så de derefter kan og vil handle efter det, vi ved er bedst for dem.

Skolebørnsundersøgelsen

Skolebørnsundersøgelsen fra 2006, "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC) er en bredere undersøgelse, der bl.a. ser på sammenhængen mellem vurdering af eget helbred, trivsel i skolen, levevilkår og sundhedsvaner. Generelt viser undersøgelsen, at danske skoleelever har det godt. Der er dog et ganske stort mindretal, som ikke kan beskrives på samme måde. Resultaterne viser flere alarmerende tegn:

- Et fald i andel af elever, der vurderer eget helbred som meget godt.
- En stigning i andel af elever, der har hyppige symptomer, som hovedpine, mavepine, ondt i ryggen, søvnbesvær, irritation og er kede af det. Især de ældste elever synes at udgøre en risikogruppe.

- Medicinforbruget blandt danske børn og unge er overraskende højt og højest blandt piger.
- Der ses desuden klare sammenhænge i mellem højt medicinforbrug og børn fra svage kår og fra etniske minoriteter, samt hos børn, der oplever mobning og andre skolemæssige belastninger.
- Der ses desuden en sammenhæng mellem daglig rygning og stort alkoholforbrug og et højt forbrug af lægemidler.
- Danske elever har europarekorder i alkoholforbrug
- Mange danske elever har for lavt indtag af frugt og grønt.

Af positive resultater skal nævnes, at langt den store indsats omkring bekæmpelse af mobning siden 2000 tydeligt ses i undersøgelsens resultater og at især drenge vurderer, at de trives bedre i skolen.

Overvægt/fedme ser umiddelbart ud til at være stagneret. Dette kan dog være et resultat af fejlrapportering, da eleverne ofte opgiver større højde og lavere vægt end de reelle tal. Senere undersøgelser vil afklare dette.

De unges sociale omgangsmønstre er under forandring. Der er et fald i samvær med kammerater efter skole. Samtidig ses at telefonisk og elektronisk kontakt udgør en stor del af elevernes sociale omgang med hinanden. Hvad dette betyder for unges socialisering og trivsel bliver interessant at se på i fremtiden.

HBSC er en også en kvantitativ undersøgelse. Grundlaget er dog langt større - 6.269 børn på henholdsvis 11, 13 og 15 år i 2006. Undersøgelsen foretages i flere lande og er den syvende af sin slags siden 1983. Det overordnede fokus er hver gang børn og unges helbred, trivsel, sundhedsadfærd og daglige sociale vilkår. Flere af resultaterne bekræfter sammenhængen mellem trivsel, levevilkår og sundhedsadfærd, og redaktørerne, Mette Rasmussen og Pernille Due efterlyser da også udvikling af nye, sundhedsfremmende initiativer og indsatser, der sammenkobler disse områder samt økonomiske prioriteringer til dette.

Unge og selvforståelse

Mørch og Haas har en konstruktivistisk tilgang til det være ung - nemlig, at den unges selvforståelse udvikles i de kontekster og relationer, den unge færdes i. At den unges selvforståelse opstår og udvikles gennem relationer til verden. Disse relationer har ændret sig. Før i tiden mødte den unge modstand og grænser gennem fx tydelige forældre, lærerautoriteter og fælles forventninger i samfundet. Nu, i senmoderniteten, socialiseres de unge mere gennem venner, kammerater og medier. Deres relationer, de fællesskaber, de indgår i, er derfor afgørende for deres selvforståelse og afgørende for deres sundhedsadfærd. De unge oplever, hvordan de virker og opfattes af andre i de forskellige arenaer, de færdes i. Disse arenaer har forskellige praksisformer, hvilket påvirker og former den enkelte unge.

De unges udvikling af selvforståelse er selvfølgelig mere nuanceret end som så¹, men Mørch og Haas betragtninger giver en forståelse af fællesskabernes betydning i den enkeltes individualiseringsproces.

¹ Fx beskriver Jens Bertelsen (Bertelsen, 2003) et personlighedspsykologisk syn på identitet, hvor det gælder om "at finde sig selv" - en kerneidentitet. Bertelsen arbejder derudover med begreber som socialidentitet, refleksiv identitet og relationsidentitet. I det hyperkomplekse samfund kan fx en dominerende kerneidentitet være en hindring for ens evne til at færdes i samfundets mangeartede arenaer.

Andre pædagoger og psykologer har andre teorier og syn på identitetsdannelse og selvforståelse, men det er for omfattende at komme ind på her.

Delkonklusion

Aaens resultater påpeger, at de unges trivsel har stor indflydelse på deres sundhedsadfærd. Dårlig trivsel giver dårlige sundhedsvaner. For at kunne påvirke unges sundhedsadfærd må vi derfor tage udgangspunkt i deres trivsel.

Mette Rasmussen og Pernille Due opfordrer til nytænkning og økonomiske prioriteringer af sundhedsfremme for børn og unge. Alligevel lukker deres perspektivering sig omkring KRAMS faktorerne, og de forholder sig ikke videre til den sociale ulighed i sundhed, som også ifølge undersøgelsen har indvirkning på trivsel.

Mørch og Haas påpeger, at det er i fællesskabet, de unge udvikler den selvforståelse, som er vigtig i deres individualiseringsproces, samt at selvforståelse, fællesskab og sundhedsadfærd hænger uløseligt sammen for de unge.

Aaen problematiserer ikke sundhedsbegrebet, hvilket kan være udtryk for en ikke diskuterbar definition af sundhed begrundet i naturvidenskaben. Hvis ikke befolkningen og det enkelte individ på baggrund af objektiv, naturvidenskabelig viden, handler rigtigt, må vi hjælpes til at styre os selv i den rigtige retning, udtrykker Aaen.

Tema 3: Styringsmekanismer

Mange sundhedsformidlere har et bestemt syn på sundhed og en holdning om, at vi *skal påvirke* efterskoleeleverne til et sundere liv. Jeg er blevet mere og mere opmærksom på det udgangspunkt, der ligger bag dette ønske om at ville påvirke til en ændret sundhedsadfærd.

I følgende afsnit beskrives kort den sundhedsdiskurs, jeg mener, vi er en del af som sundhedsformidlere. Herefter vil jeg inddrage Foucaults tanker om magtteknologier i lyset af efterskolepædagogik.

Sundhedsstyrelsen er den øverste sundhedsfaglige myndighed i landet. Det er dem, der på baggrund af diverse undersøgelser og forskning i ind og udland, rådgiver og udfærdiger anbefalinger om god sundhedsadfærd (Møller, 2003). Sundhedsstyrelsen har rødderne dybt plantet i naturvidenskaben (Sundhedsstyrelsen, 2008). Det er fortrinsvis kvantitativ forskning, som bygger på objektive dataindsamlinger, der kan analyseres statistisk.

I denne sundhedsforståelse skal sundhed og sygdom forklares ved hjælp af naturvidenskaben. Sundhed er noget objektivt. Der findes en "rigtig" sundhedsadfærd, og den begrundes i evidensbaserede konsekvenser af usund adfærd. Vi er som befolkning og sundhedsformidlere særdeles præget af denne vidensposition. Den gennemsyrrer vores medier og de flestes forståelse af sygdom og sundhed.

Sideløbende med ovenstående forståelse af sundhed, eksisterer en forståelse, der er præget af en mere subjektiv tilgang. I kraft af at verden er blevet mere kompleks, og at også sygdom og sundhed nu kan ses i forskellige optikker, er det mere op til den enkelte at definere sin sundhed². Jeg vil ikke uddybe dette

² Wackerhausens (2005) åbne sundhedsbegreb har bl.a. været med til at problematisere dette eksisterende sundhedsbegreb, men det er for omfattende at komme ind på her.

nærmere, da det ikke er en del af min rapport, men med denne antagelse blot forklare og til dels forstå, hvad der præger min egen sundhedsopfattelse.

Foucaults magtteknologier

Foucault mener, at der er magt i alle relationer, og at vi bruger forskellige styringsmekanismer til at nå vores mål. Han mener, at målet er at påvirke, omforme og producere bestemte individer (Herman, 2000).

Denne magt udføres som oftest ikke i traditionel forstand gennem forbud, udelukkelse og regler for at beholde magten hos de overordnede, men i højere grad med det formål at styre befolkningen mod en adfærd, der er befordrende for det selv-regulerende samfund. Et samfund, der bygger på de værdier, vi i den vestlige verden i disse år antager som værdifulde. Det er værdier som demokrati, frihed og rettigheder. Det er derfor ikke altid en synlig leder eller "general", der udstikker lovene. Denne form for magt udfolder sig i højere grad gennem normer og magtteknologier, som umiddelbart tilgodeser ovenstående værdisæt.

Foucault deler disse magtteknologier op i to. Den første har til formål at disciplinere individet med det mål at skabe en normalisering af individet. Normaliseringen gør, at vores adfærd ikke er til gene for andre eller belaster samfundet for meget. Den anden har til formål at styre befolkningen som større og mindre grupper mod det mål at styrke staten og dens interesser.

Styringen af individet ses i den måde, vi bl.a. helt selvfølgelig i samfundet har en forventning og indforståethed omkring selvudvikling. Normen er, at man arbejder med sig selv. Vi arbejder med vores krop og vores psyke, så vi passer ind i den diskurs, vi er en del af. Det sunde liv er målet, og det er uansvarligt overfor os selv, vores medmennesker og samfundet ikke at vælge dette mål. Normen bliver styrende for individets valg.

Styringen af befolkningen ses i institutionaliseringen af omsorgen. Sundhedsvæsenet, uddannelsesområdet, ordensmagten osv. sætter dagsordenen og kontrollerer så at sige befolkningen, så vi bliver indenfor rammerne i samfundet. Argumentet for denne institutionalisering er bl.a., at det er for befolkningens eget bedste.

Og hvorfor kan vi ikke vælge andet?

Når vi taler om det sunde liv, ligger begrundelserne i den sundhedsdiskurs, der er i samfundet. Denne diskurs er, som ovenfor beskrevet, fortrinsvis begrundet i den naturvidenskabelige viden og en del af denne diskurs er, at de fleste af os betragter denne vidensform som uantastelig.

Det paradoksale er, at der er en modsætning mellem de værdier om subjektets frihedsrettigheder, som var udgangspunktet for opgøret med styring af individer for at fremme magthavernes interesser, og den måde individet nu usynligt bliver styret vha. disciplinering af individet. Det er bare en anden måde at styre på, mener Foucault.

I Foucaults fremstilling af magt vurderes magt ikke, men synliggøres. Han argumenterer for, at magt ikke udelukkende er negativ, men kan opfattes som positiv og produktiv. Hans ærinde er, at synliggøre det usynlige og selvfølgelig, samt at problematisere vores bevidstløse deltagelse i fx tidens sundhedsdiskurser.

Foucault og efterskolepædagogik

Det passer ikke os lærere, pædagoger og forældre at få at vide, at vi anvender magt. Det er imod vores menneskesyn, og det er ikke politisk korrekt. Det interessante ved Foucaults tanker er, at vi bliver bevidste om den sundhedsmæssige og pædagogiske diskurs, vi er en del af, så vi kan trække os lidt tilbage fra vores praksis og reflektere over det, vi har gang i.

For vi anvender de magtteknologier, som Foucault beskriver. Vi benytter os af forskellige teknikker til at udfordre elevernes identitets- eller selvudvikling. Vi iscenesætter processer og aktiviteter, de skal igennem i løbet af et ophold, som skal åbne deres øjne og få dem til at handle hensigtsmæssigt. Det kan være samfundsproblemer, vi i fællesskab skal løse, interne opgaver, der kræver ansvarlighed eller loyalitet, konfliktområder, der lægger op til udvikling af bestemte personlige egenskaber.

Jeg mener, at vi som Foucault beskriver, er i et dilemma. Tendensen i efterskolepædagogisk praksis er den ligeværdige dialog, som udgangspunkt for samvær og problemløsning. Samtidig forbeholder vi os ret til at udleve en praksis, der har klart definerede mål for at omforme, påvirke og producere bestemte individer (Sommer, 2004).

Som sundhedsformidlere i efterskolen har vi som oftest et implicit ønske om at påvirke de unge i en bestemt retning og med udgangspunkt i vores egen opfattelse af sundhedsbegrebet. Dette vil jeg problematisere og debattere yderligere senere i rapporten.

Opsamling på tema 1, 2 og 3.

Det er svært at påvirke efterskoleelevernes sundhedsadfærd mod et sundere liv, fordi unge, ifølge Ingholt, har et anderledes syn på sundhed end vi som sundhedsformidlere har. At have det sjovt med vennerne er af stor betydning for den unges fornemmelse af sundhed. Derfor betyder det mere at indgå i et fællesskab med andre unge end at leve sundt.

Som Nielsen og Sørensen skriver, konkluderer jeg, at risikoadfærd er en del af de unges redskaber til at håndtere deres eget liv i det hyperkomplekse samfund og til hurtigt at blive integreret i de mange nye fællesskaber, som er en del af ungdommen. Det er en forudsætning for dialog med de unge om risiko, at vi forstår deres valg, og at vi tør sætte vores egen sundhedsadfærd og -holdninger i spil.

Jeg er enig med Aaen i, at der er klar sammenhæng i mellem unges trivsel og sundhedsadfærd. Derfor må udgangspunkt for handling være unges trivsel.

HBSC undersøgelsens resultater viser, at vi har en stor opgave i at arbejde for at skabe en sammenhæng i det sundhedsfremmende arbejde.

Mørch og Haas syn på fællesskabets betydning må også blive en del af min opsamling. Altså at fællesskabet med andre unge har en stor betydning for den unges udvikling af selvforståelse, og da dette er en vigtig del af den unges individualiseringsproces, kommer voksnes opfattelse af sund adfærd i anden række.

Det er blevet synligt for mig, at vi anvender magtteknologier i hverdagen på efterskolen, og at magt ikke kun bør opfattes negativt.

De bevidste og ubevidste prioriteringer og valg i unges sundhedsadfærd er åbenlyse. Det skaber udfordringer for os som sundhedsformidlere, men også som mennesker. Også vi oplever dilemmaer i egne sundhedsvalg. Refleksion og dialog er dog også her redskaber til større bevidstgørelse og erkendelse. Dilemmaer er et vilkår, men kan gøres mindre samvittighedsnagende ved refleksion.

Efterskolelever der går til købmanden og slæber slik og kager med hjem til hygge på værelserne, kan gøres mere bevidste om valg og baggrunde for valg ved at tale om det. Er det sukkeret, vi mangler? Hvad kunne alternativer være? Er det det sociale – noget at være sammen om? Hvad kunne alternativet være? Osv. Der er ikke logiske og ”rigtige” løsninger og alternativer til alt. Dilemmaer er et livsvilkår – også indenfor sundhed, men nogle gange er viden om alternativer og individuelle og kollektive handlemuligheder en støtte til øget bevidsthed og forandring.

Del 2

Sundhed og sårbare unge

Jeg vil i dette afsnit gøre rede for Bente Jensens, lektor ved DPU, syn på sundhed og sårbare unge, samt den sociale ulighed i sundhed. Bente Jensens artikel tager udgangspunkt i en kvalitativ undersøgelse ”Sundhed og sårbarhed” (Jensen, 2002), der beskriver unges egen beretninger om hverdagsliv og sundhed. Jeg vil herunder kort inddrage den kvantitative HBSC- undersøgelses resultater vedr. social ulighed i sundhed. Dernæst vil jeg redegøre for Bente Jensens bud på skoleindsatser for denne gruppe. Efterfølgende vil jeg redegøre for dele af Bente Klarlund Pedersens syn på Danmarks strategi for sundhedsfremme og forebyggelse, samt hendes bud på ændret strategi.

Sårbare unge er et bredt begreb. I Bente Jensens forståelse defineres det som oplevelsen af en fastlåst tilstand, som udtryk for sundhedens og trivslens modsætning. Sundhed defineres som en positiv helhedsopfattelse af både fysisk, psykisk og socialt velbefindende. Trivsel defineres som alment velbefindende, glæde ved tilværelsen, selvtillid og følelsen af at leve et godt liv. (Bente Jensen, 2006)

Bente Jensen mener vi, som samfund, har flere udfordringer på dette felt. Den måde regeringen og sundhedsstyrelsen forsøger at forbedre befolkningens sundhed er mest gennem kampagner og opfordringer til, at den enkelte tager ansvaret for egen sundhed. Dette skaber en ”social slagside”, da det er de ressourcetsvage familier og ofte heriblandt de sårbare unge, der ikke vil lykkes i denne strategi. Bente Jensens undersøgelser viser, at 84% af de unge ved, hvad der er sundt og efterlever det også i høj grad. Det lykkes for dem, fordi de har et godt netværk og en god social kapital. De har det med i ”bagagen” og tænker ikke meget over deres valg, da det er vaner og naturlige ting for dem. De sidste 16% magter ikke disse valg. De har ikke den sociale kapital med sig. De kender til alle anbefalingerne om sund livsstil, men mangler kompetencer og positive sociale relationer, der kan støtte dem i sundhedsfremmede tiltag. De gode råd og de frie valg er ikke for dem. De vil igen opleve fiasko og komme ind i en negativ spiral – også når det handler om sundhed og trivsel.

HBSC-undersøgelsen bekræfter Bente Jensens kvalitative undersøgelser. Denne undersøgelse har placeret flere af deres resultater i forhold til familiesocialgrupper for at se på social ulighed i helbred, trivsel og sundhedsadfærd. Den sociale ulighed viser sig ved, at der er en klart større andel af elever fra socialgruppe V og VI, der har flere symptomer på helbredsproblemer dagligt, og som vurderer sit helbred dårligt. Der er en mindre forskel mellem socialgrupperne, når man ser på udvalgte trivselsindikatorer, men også her trives elever fra socialgruppe V og VI dårligst. Endeligt har man set på sammenhængen mellem familiesocialgrupper og forskellige indikatorer på sundhedsadfærd. Generelt er der en højere forekomst af risikoadfærd blandt eleverne fra socialgruppe V og VI og en større sundhedsfremmende adfærd blandt elever fra socialgrupper I og II. Dog er andelen af unge, der ryger, drikker alkohol eller har været fulde, stort set ens i socialgrupperne.

Bente Jensen fremdrager 3 store udfordringer:

Første udfordring er *målgruppen*. Nogle sårbare unge har store problemer med at magte deres dagligdag. De har problemer med familien, de mangler sociale kompetencer og mangler selvværd og selvtillid. Disse

unge vil kun opleve diverse sundhedskampagner, der opfordrer til egen handling og forandring, som endnu en opgave de ikke magter og ikke kan overskue. Det hjælper ikke disse unge at give dem mere viden om årsager og konsekvenser ved usund levevis. De har ikke overskud og redskaber til at gøre noget ved det. Følelsen af magtesløshed er et gennemgående træk hos denne gruppe.

Den næste udfordring er, ifølge Bente Jensen, problemet med *individualisering*. Undersøgelser viser, at det sociale er af særdeles stor betydning for denne aldersgruppes sundhedsvalg og adfærd. Denne individfokuserede indsats, som sundhedsstyrelsen lægger op til vil i bedste fald blot ramme ved siden af disse unge, mener Bente Jensen.

Den tredje udfordring er *fragmentering af sundhedsbegrebet – sundhedsadfærd*. Med dette menes at sundhedsadfærd opdeles i problemfelter som kost, alkohol, motionsvaner osv. Der tages ikke hensyn til vores viden om, at andre aspekter af sundhed, som fx handlekompetence og evnen til at mestre sin tilværelse, er af afgørende betydning for den unges evne til at kunne foretage sig noget i sundhedsfremmende retning.

Konkrete bud på sundhedsindsatsen på skoler

Bente Jensen kommer med tre bud på indsatsområder: Aktørperspektivet, netværksperspektivet og empowermentperspektivet.

Aktørperspektivet betyder, at vi som sundhedsformidlere i skolen skal tage udgangspunkt i aktøren. Aktøren/eleven ligger ofte inde med en fortolkning af egen situation og nogle skjulte ressourcer, der kan være en del af løsningen mod bedre sundhed. Aktøren/eleven skal føle sig forstået, medinddraget og taget alvorligt, hvilket vil bidrage til aktiv deltagelse i sundhedsfremme og udvikling af nye kompetencer. Vi skal ikke finde fejl, men ressourcer hos eleven.

Netværksperspektivet betyder, at vi som sundhedsformidlere, skal bruge den viden vi har om de sociale faktoreres betydning for sundhed. Graden af social integration, altså følelsen af at man hører til et sted og i en eller flere grupper og sammenhænge, har kolossal indflydelse på sundheden – både forstået som trivsel og effekten på sundhedsadfærd. Derfor har vi en stor opgave i hjælpe og støtte op om udvikling af den enkeltes og gruppens sociale kompetencer, samt at støtte op om netværk og synliggørelse af forskellige sociale arenaer.

Empowermentperspektivet betyder, at vi generelt har en stor opgave i at styrke den enkelte i at udvikle handlekompetence, så eleven får tro på og tillid til, at han/hun er i stand til at magte sit liv og klare udfordringerne. Dvs. at eleven generelt støttes i personlig udvikling på alle planer, men også samspillet med det omgivende samfund.

Livsstilsbetragtningen

I dette afsnit redegøres vha. artiklen "Med lov skal sundhed fremmes" for, læge og professor ved Københavns Universitet, Bente Klarlund Pedersens, syn på Danmarks strategi for sundhedsfremme og forebyggelse.

Bente Klarlund Pedersen mener, at Danmarks strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i de seneste årtier alene har bygget på livsstilsbetragtningen. Altså at den enkelte selv vælger sin livsstil og alene har ansvaret for egen sundhed. Der bliver taget initiativer af strukturel art som fx rygeforbuddet i 2007, men det er ikke en særlig anvendt strategi og kræver ofte mange sværds slag.

Bente Klarlund Pedersen refererer til flere tilfælde i Danmarkshistorien, hvor det offentlige har udfærdiget love, prioriteret økonomiske indsatser og skabt forbedrede rammer for sundhedsfremme og forebyggelse, der har haft effekt med store resultater. Det er eksempelvis bekæmpelsen af tuberkulose i begyndelsen af 1900-tallet, hvor en stor indsats for forbedrede boliger gjorde en stor positiv forskel. Det var bekæmpelsen af diverse smitsomme sygdomme med børnevaccinationsprogrammer. Og det er forebyggelsesucceser som børnetandplejen og øget fokus på begrænsning af spirituskørsel og alkoholindtag generelt. Alle offentlige indsatser der har forbedret den enkeltes muligheder for at forbedre egen sundhed. Indsatser, hvor det offentlige har påtaget sig et stort ansvar i arbejdet for borgernes lige muligheder for forbedret sundhed.

Livsstilbetragtningen, hvor det alene er op til den enkelte at motivere sig til livsstilsforandringer, har spillet fallit, mener Bente Klarlund. Der er mange faktorer, der spiller ind, når fx en familie er overvægtige. Det er ikke noget, de har valgt at være. Eller når en ung bliver nikotinafhængig. Det er som oftest et sammentræf af tilfældigheder og forskellige forudsætninger, der gør, at en ung begynder at ryge og bliver afhængig af det. Bente Klarlund Pedersen mener, at det offentlige skal gå i offensiven og skabe nogle rammer og love, der støtter op om den enkeltes valg. Ansvaret skal ikke fjernes fra den enkelte, men det offentlige skal bidrage til, at der bliver mere lige adgang og muligheder for at foretage sunde valg. Hun mener, det er for nemt og umoralsk for veluddannede og ressourcestærke politikere blot at lade ansvaret være op til den enkelte. Især når vi ved, at sundhed har en social slagside. At det er de lavtuddannede og ressourcetsvage, der kæmper med flest livsstilssygdomme.

Bente Klarlund opfordrer til at tænke sundhed ind i et meget bredere perspektiv. Hun mener, dette perspektiv skal ind med høj prioritet fx i al byplanlægning. Der skal indtænkes muligheder for mere bevægelse i dagligdagen. Fx sikre cykelstier i alle byområder, adgang til bevægelsesrum i parker og på arbejdspladser. Hun mener, der skal lovgives om mere idræt og bevægelse i skolerne. Der kan desuden fx prioriteres anderledes i statens afgifter på madvarer osv.

Bente Klarlund Pedersen mener kort sagt, at staten skal påtage sig et ansvar for befolkningens sundhed og turde træde i karakter, selvom nye tiltag af denne art historisk set altid vil møde modstand. (Bente Klarlund Pedersen, 2008)

Opsamling

Bente Jensens tilgang til sundhed og sårbare unge er en helhedsbetragtning. Det handler om, at se den unge som helhed. Den unges forudsætninger, kompetencer og livsvilkår, som vigtige dele af den unges baggrund for sundhedsadfærd. Bente Jensen argumenterer for en mere etisk tilgang til forebyggelsesarbejdet omkring sundhed, der tager udgangspunkt i den enkelte unge.

Bente Klarlund Pedersens argumenterer mod livsstilsbetragtningen, som mangelfuld som løsningsstrategi, Bente Klarlunds løsningsforslag er en mere regulerende stat, hvilket hun begrundes med tidligere statslige sundhedstiltag og reguleringer. Hendes udgangspunkt er, at når befolkningen ikke selv kan vælge det rigtige, må vi hjælpes til at vælge det rigtige.

Med baggrund i Bente Jensens syn på problemfeltet sårbare unge og bud på indsatser omkring sundhed og sårbare unge, synes jeg, at Bente Klarlund Pedersens bud af mere strukturel art, bør inddrages i vores overvejelser om sundhedsindsatser på efterskolerne. Det handler om at "gå på to ben". Med dette mener jeg, at vi bør arbejde med tiltag, der tager udgangspunkt i skolen som ansvarlig rammesætter for de gode og tilgængelige sundhedsvalg med udgangspunkt i viden om unges syn på sundhed og sundhedsvalg. Samtidig bør vi arbejde med sundhedspædagogikken ud fra et helhedssyn på den enkelte unges kompetencer og fællesskabet på efterskolens muligheder. Jeg vil i del 4 uddybe dette nærmere.

Del 3

Det brede og positive sundhedsbegreb

I dette af snit vil jeg redegøre for det brede og positive sundhedsbegreb og forsøge at sætte det i relation til vores efterskolepraksis.

Det brede og positive sundhedsbegreb er det sundhedsbegreb, der ligger til grund for folkeskolens Fælles mål 2009 i faget Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab – Faghæfte 21. Det er også dette sundhedsbegreb, der ligger til grund for min egen sundhedsopfattelse og for de anbefalinger, jeg senere kommer med til sundhedsprojekter i efterskolen fremover.

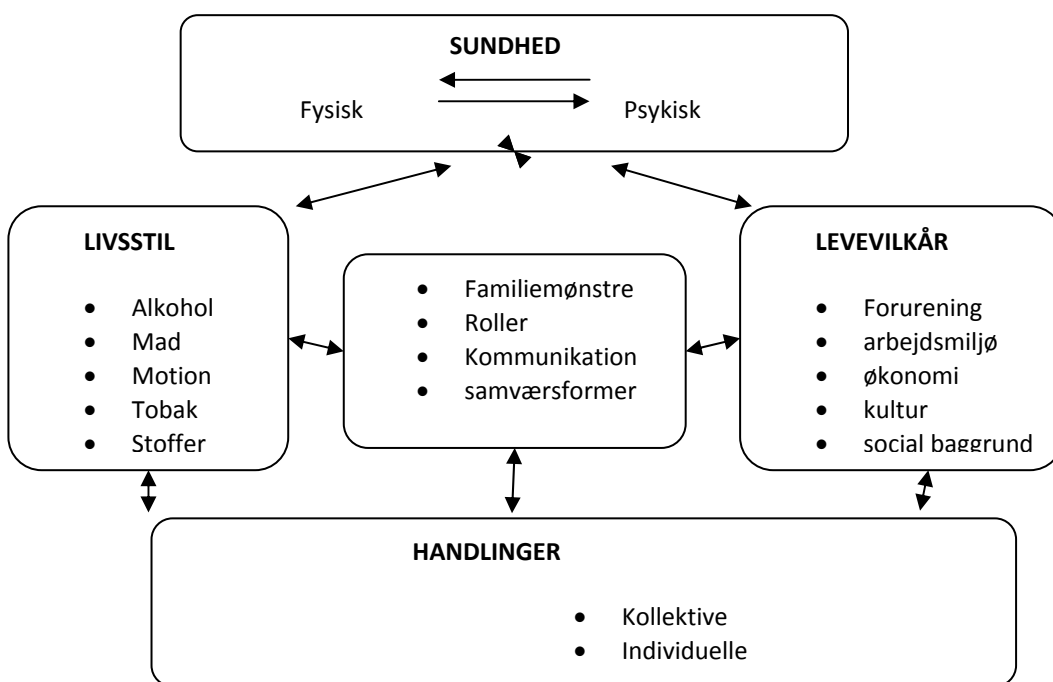
Nogle gange er det nemmere at forstå et begreb, hvis man sætter nogle modsætninger op. Det vil jeg forsøge vha. Bjarne Bruun Jensens model (Bjarne Bruun Jensen, DPU):

	Fravær af sygdom	Fravær af sygdom + velvære
Livsstil	1	2
Livsstil + Levevilkår	3	4

- Felt 1: Et sundhedssyn der handler sundhed alene om fravær af fysisk sygdom. Dvs. hvis du har en sund livsstil og hvis du ikke har nogen fysiske symptomer på sygdom, er du sund.
- Felt 2: Et sundhedssyn der inddrager den psykiske og sociale del. Man forsøger fx at se de positive sider af rygning hos unge, da det har en positiv social funktion.
- Felt 3: Et sundhedssyn der inddrager både livsstil og levevilkår, men stadig kun ud fra sundhed set som fravær af fysisk sygdom. Dvs. her erkendes en sammenhæng i mellem levevilkår og livsstil, men udeladt er stadig begreber som psykisk og social velvære, som betydningsfulde for sundheden.

- Felt 4: **Det positive og brede sundhedssyn.** Her handler sundhed både om forebyggelse af sygdom og fremme af fysisk, psykisk og socialt velvære. I dette erkendes både levevilkår og livsstil, som betydningsfulde for sundheden.

Bjarne Bruun Jensen har lavet en model til beskrivelse af dette fjerde felt. Her illustreres hvilke mange komponenter, der indgår i det brede og positive sundhedsbegreb. Samtidig ses også, hvilke handlemuligheder vi har, hvis vi ønsker at forbedre sundheden som enkeltpersoner, som gruppe og som sundhedsformidlere.



(Bjarne Bruun Jensen, DPU)

Jeg vil ikke uddybe dette nærmere, men henvise til Faghæfte 21 (Undervisningsministeriet, 2009), der desuden går mere i dybden med metodik og didaktik ift. dette sundhedsbegreb. Jeg vil dog kort nedenfor begrunde, hvorfor jeg mener handleorienteret sundhedsundervisning grundlæggende er den rigtige måde at gribe sundhedsformidling an på.

Det brede og positive sundhedsbegreb set i forhold til efterskolens praksis.

Vi oplever i hverdagen, at Bjarne Bruun Jensens model for komponenter i det brede og positive sundhedsbegreb, er brugbar og relevant. Modellen forklarer det, vi oplever i praksis.

- At psykisk velbefindende hænger sammen med livsstil.

- Nogle elever, der spiser en masse junkfood, er trætte og uoplagte, har kort lunte og har svært ved at give noget til fællesskabet kommer ind i en dårlig cirkel, der holder dem fast i deres handlemønstre.
- At sociale problemer ofte hænger sammen med de kompetencer, eleven har med hjemmefra.
 - Nogle elever har mange konflikter med kammerater og voksne, fordi de kommer med dårlige erfaringer fra hjem og skole og har svært ved at ændre deres tilgange og handlinger.
- At fysiske skader ind i mellem bunder i et psykisk dårligt velbefindende.
 - Nogle elever får gang på gang småskader eller har smerter, der "flytter sig". Vi oplever ofte, når vi kommer "ind under huden" på dem, at disse elever kæmper med alt muligt andet som familien derhjemme, lavt selvværd, føler sig ensomme eller har svært ved at skabe god kontakt til kammerater og voksne.

Eksemplerne er utallige.

Helhedssynet i den brede og positive sundhedsbegreb passer rigtig godt ind i efterskolens praksis og hverdag. Måden vi ser og oplever eleverne i døgnets 24 timer, giver os mulighed for at se på hver enkelt elev som en "hel pakke". Eleven fungerer i en hverdag under de levevilkår, der er på den enkelte skole. Den livsstil, som vi som skole er med til at støtte op om, påvirker de unges livsstil. De måder vi er sammen på og den måde, vi som skole er med til at lægge linjen for samvær, påvirker de unges kommunikations- og samværsformer. Og endeligt er vi tæt på den enkelte elev, så vi kan følge, om de trives psykisk, fysisk og socialt. Alle disse faktorer er vi som personale og elever en del af og kan handle på under et efterskoleophold.

Der er dilemmaer og pædagogiske overvejelser, der er nødvendige i sundhedsarbejdet. Dette handler bl.a. om den enkelte medarbejders sundhedssyn og den enkelte skoles sundhedssyn og heraf konsekvenser for sundhedspædagogik og forankring af sundhedsarbejdet. Jeg har berørt dette i tema 2 og 3 og vil komme yderligere ind på det i mine anbefalinger til skolernes videre arbejde med sundhedsprojekter.

Handleorienteret sundhedsundervisning

Jeg vil i dette afsnit, vha. Karstens Sørensens indlæg "Skolens sundhedsundervisning – i teori og praksis", samt bogen "Den sundhedsfremmende skole" af Sørensens og Koch, kort redegøre for handleorienteret sundhedsundervisning. Derefter vil jeg se begrebet i forhold til efterskolens praksis.

Baggrunden for ideen om handleorienteret sundhedsundervisning er fra erfaringspædagogikken. Teorien om at man lærer ved at handle. Denne tilgang til sundhedsundervisningen giver mulighed for, at eleverne erhverver sig viden gennem handlinger og, at nyerhvervet viden kan bruges til nye handlinger. Handleorienteret sundhedsundervisning er dermed en forudsætning for, at de erfaringer og erkendelser eleverne får individuelt og sammen med andre, kan sætte sig spor hos den enkelte og bidrage til handlekompetence udenfor undervisningen og ude i livet.

Elevhandling og handleerfaringer giver erkendelsesudvikling, og styrker elevens tiltro til egne muligheder og lyst og engagement til at involvere sig.

Elevhandlingen skal komme som resultat af en beslutning fra eleven eller gruppen på baggrund af en refleksion. Handlingen skal være et intentionelt valg. Dette forudsætter, at eleverne medinddrages i sundhedsundervisningens temaer og indhold. Eleverne skal opleve en autenticitet og relevans i temaerne og at

deres arbejde, og de selv bliver taget alvorligt. Medbestemmelse er et nøgleord i handleorienteret sundhedsundervisning.

Karsten Sørensen, chefkonsulent fra UC Syd/KOSMOS udtrykker det således: "Det er ikke emnevalget eller titlen alene, som afgør, om tiltagene falder inden for sundhedsundervisningen, men i højere grad måden, der besluttet og arbejdes på." (Karsten Sørensen 1999)

Nedenstående figur er en model til udvikling af mulige handlestrategier. (Bjarne Bruun Jensen, DPU)

	Direkte	Indirekte
Individuelle	1	2
Kollektive	3	4

Felt 1 og 3 repræsenterer en direkte individuel eller kollektiv handling, som fx at en enkeltperson eller en gruppe beslutter sig for at undgå slik og kager i en måned og forsøger at efterleve dette.

Felt 2 og 4 repræsenterer en indirekte individuel eller kollektiv handling. Fx en enkeltperson eller en gruppes forsøg på at forbedre mulighederne for motion på en skole eller i et lokalområde.

"Skolens kompetencer til at forstå, anvende og håndtere sundhed og medbestemmelse i teori og praksis er en forudsætning for at eleverne udvikler handlekompetence til at fremme egen og andres sundhed på et demokratisk værdigrundlag" (Karsten Sørensen, 2006).

Det skal herunder bemærkes, at HBSC undersøgelsen tydeligt viser en sammenhæng mellem elevers oplevelse af medbestemmelse, indflydelse og retfærdighed inden for skolens rammer og trivsel i skolen (HBSC, 2007).

Handleorienteret sundhedsundervisning set i forhold til efterskolens praksis.

Den handleorienterede tilgang til sundhedsundervisningen passer også godt ind i vores praksis. I rigtig mange efterskolelærers værdigrundlag indgår ord som "oplevelse af og opdragelse til aktiv deltagelse i demokratiet", "medansvar overfor små og store fællesskaber", "styrkelse af selvværd og handlekompetence". Skolernes værdigrundlag er vigtige for at holde os fast i de mål, vi har og den måde, vi hver især ønsker at drive skole på. Den handleorienterede tilgang til sundhedsformidlingen har bl.a. mål som -fælles og indivi-

duel styrkelse af tiltro til egne handlemuligheder, lyst og engagement til at involvere sig og opfordring til refleksion og kritisk stillingtagen til relevante emner og problemfelter med udgangspunkt i den enkelte og/eller gruppens ønsker om forandringer.

”Opdragelse til åndsfrihed, ligeværd og demokrati” står der i formålsparagraffen for folkeskolen. Det vil vi på efterskolerne gerne stå mål med. Medbestemmelse er som ovenfor beskrevet en forudsætning for et intentionelt valg. Medbestemmelse er derfor både et mål og et middel til udviklingen af handlekompetence.

Disse mål stemmer meget fint overens med de mål, vi på efterskolerne har med vores øvrige undervisning og samvær.

Det vi til stadighed har som udfordring er at holde fast i disse mål og støtte og udfordre hinanden som kolleger og ledelse i, hvordan vi får det til at udmønte sig i praksis. Vi har rigtig mange muligheder i efterskolen, og vi skal blive ved med at arbejde for endnu mere handleorienteret undervisning og medinddragelse af eleverne.

Udfordringen og til dels problemet for os som efterskoler i forhold til handleorienteret undervisning kan ligge i feltet omkring handlinger, der ligger udenfor skolen. Det vil bl.a. påkræve en høj grad af information til fx forældre og/eller lokalområde, hvis projekter af denne art skal iværksættes og gerne lykkes. Det vil desuden være en udfordring, fordi mange elever kun er på efterskolen i et år. Det kan være svært nok for den enkelte elev selv at få fodfæste i gruppen og sig selv. Derfor er udfordringen endnu større, når handlingerne skal række ud over en selv og skolen. Det er dog ønskeligt, at projekter af denne art også sættes i gang, da eleverne vil komme ud over disse nogle gange mere kortsigtede ”ha-det- godt” – projekter. Arbejdet med det brede og positive sundhedsbegreb vil forhåbentlig også sætte sundhed og sundhedsvalg ind i et bredere perspektiv, hvilket vil kræve handlinger af bredere karakter. Mange efterskoler lukker sig ofte i dagligdagen om sig selv. Disse mere udadrettede projekter, der kunne fremme sundheden for andre end blot eleven selv og evt. dennes ven, vil i øvrigt være til give eleverne oplevelser af og erfaringer med reel deltagelse og bidrag til demokratiet og fællesskabet.

Projekt Den Sundhedsfremmende Skole

I det følgende afsnit redegøres kort for de overordnede mål for projektet Den Sundhedsfremmende Skole i Sønderjylland Amt. Dernæst vil jeg vha. evalueringsrapporten om projektet, udarbejdet af JCVU for Sønderjyllands Amt, kort redegøre for de fund og anbefalinger, jeg mener, har relevans for efterskolerne.

EVALUERING AF PROJEKTET DE SUNDHEDSFREMMENDE SKOLER I SØNDERJYLLANDS AMT 1995-2005 foretaget af Jysk Center for Videregående Uddannelse, 2006.

Projekt Den sundhedsfremmende skole lå i forlængelse af et to-årigt nationalt udviklingsarbejde om udvikling af sundhedsundervisningen i skolen.

DPU i Kbh og Haderslev koordinerede projektet, og 21 folkeskoler i Sønderjyllands Amt deltog. Der blev etableret en administrativ styregruppe bestående af projektleder og repræsentanter fra DPU, primært Bjarne Bruun Jensen. Der etableredes desuden en overordnet styregruppe bestående af den administrative styregruppe, repræsentanter fra Sønderjyllands Amt, AC, lærerforeningen og skoledirektørerne.

Projektet har kørt over 2 gange 5 år. Ca. 30 folkeskoler har deltaget ml. 2 og 10 år. Ca. 30-35 lærere har fungeret som kontaktlærere og ca. 100 lærere har været tilknyttet projektet på den ene eller anden måde.

Projektet tog udgangspunkt i det brede og positive sundhedsbegreb, som nu er en del af undervisningsministeriets læseplan for området (Faghæfte 21). Begrebet handlekompetence blev ligeledes et samlende begreb for alt, hvad der har at gøre med elevens og kollektivets indsigt, lyst og evne til at forsøge handle mod at forandre tingenes tilstand i sundhedsfremmende retning.

I nedenstående skema ses øverst de overordnede projektmål. Nedenfor ses på hvilke områder man har evalueret projektet.

Overordnede projektmål:	Kvalitetsudvikling af sundhedsundervisningen	Forankring	Ringspredning
Evalueringsgenstande:	Undervisningen: <ul style="list-style-type: none"> • Elevhandling • Elevmedbestemmelse • Sundhedsfagligt indhold 	Organisationsniveau: <ul style="list-style-type: none"> • Sundhedspolitik • Kulturelle udviklinger • Strukturel udviklinger 	Projektdesign: <ul style="list-style-type: none"> • Designkvaliteter

Modellen er fra "Evaluering af projektet De Sundhedsfremmende Skoler i Sønderjyllands Amt 1995-2005", JCVU, 2006

Under arbejdet med Den Sundhedsfremmende Skole, DSFS, refereredes til to forskellige typer af forståelser af og kvalitetsmål for sundhedsundervisningen. De to typer ses af nedenstående skema.

Moraliserende Sundhedslære	Demokratisk sundhedsundervisning
Sundhedsbegreb	
<ul style="list-style-type: none"> • Adfærd/livsstil • Sygdom • Sundhed som lukket begreb 	<ul style="list-style-type: none"> • Levevilkår og livsstil • Livskvalitet og fravær af sygdom • Sundhed et åbent begreb
Pædagogisk begreb	
<ul style="list-style-type: none"> • Mål: adfærdsændringer • Moraliserende, læreren bestemmer • Sund skole 	<ul style="list-style-type: none"> • Mål: øge handlekraft • Elevmedbestemmelse • Sundhedsfremmende skole
Skjulte læreplan	
<ul style="list-style-type: none"> • Læreren som rollemodel (rygning, alkohol, kost...) • Skolens miljø (kantinemat, røgfrie områder...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Læreren som rollemodel (åben, demokratisk, dialog-partner...) • Skolens miljø (udfordrende, stimulerende...)

Skole/lokalsamfund	
<ul style="list-style-type: none"> • Ekspertter fra samfundet inddrages i skolen eller klassen 	<ul style="list-style-type: none"> • Skolen og eleverne tager del i samfundslivet, fungerer som dialogpartnere. Eleverne handler og tages alvorligt.
Evaluering	
<ul style="list-style-type: none"> • Måling af elevers adfærd indenfor rygning, alkohol... • Specificering af betingelser i skolens kultur, liv og undervisning, der fremmer 	<ul style="list-style-type: none"> • Måling af elevers handlekraft (tænkning, engagement, visioner) • Specificering af betingelser i skolens kultur, liv og undervisning, der fremmer

Modellen fra "Evaluering af projektet De Sundhedsfremmende Skoler i Sønderjyllands Amt 1995-2005", JCVU, 2006

Disse to forskellige paradigmer har stor indvirkning på vores valg af sundhedsundervisning. Den traditionelle sundhedsundervisning tager som oftest udgangspunkt i Den moraliserende sundhedslære.

Udgangspunktet for DSFS forståelse og tilgang til sundhedsundervisningen er den demokratiske sundhedsundervisning.

Erfaringer og bidrag til ny viden fra udviklingsarbejde og Projekt De Sundhedsfremmende Skoler har bl.a. dannet grundlag for udarbejdelsen af den nuværende læseplan for området, Faghæfte 21.

Kort om evalueringens fund på de ovenfor nævnte områder

Undervisningen:

Elevhandling

- Elever på skoler, der har deltaget i projektet har i større udstrækning end elever på andre skoler arbejdet handleorienteret.
- Handlingerne har mest knyttet sig til livsstilsdimensionen eller skolens psykosociale eller fysiske miljø. I mindre grad til handlinger i lokalsamfundet.
- Lærerne ville gerne flere handleorienterede forløb, men gør det ikke.
- Eleverne opfatter deres inddragelse i de handleorienterede forløb som central.
- Der var flest lærere med høj anciinitet, der var lykkedes med handleorienterede forløb
- Handleorienteret undervisning er med til at styrke fællesskabet i klassen
- Handlinger behøver ikke at lykkes for at være lærerige

Elevmedbestemmelse

- Lærernes deltagelse i eller stort kendskab til DSFS har medført en markant mere positiv vurdering af betydningen af elevmedbestemmelse i undervisningen. Konkret betyder det i undervisningen, at deltagelse i DSFS har givet markant mere omfattende inddragelse af eleverne i beslutninger.
- Skolelederne, der deltog i DSFS, vurderer det som vigtigere at arbejde med elevmedbestemmelse i undervisningen og evt. i skolens styrelse end skoleledere, der ikke deltog.

Sundhedsfagligt indhold

- Lærerønske om mere konkret støtte til lærerne vedr. det sundhedsfaglige indhold, herunder progression i indholdet.
- Stadig en stor del klasse- og skoleprojekter med adfærdsregulerende mål og opnåelse af trivsel her og nu (Ha`det godt- projekter).
- Skolens sundhedspolitik er til stor støtte for lærerens arbejde med det sundhedsfaglige indhold.
- Rådgivning og formidling til kolleger giver nogle udfordringer, hvis kollegerne ikke arbejder med eller kender til det brede og positive sundhedsbegreb.

Organisationsniveau:

Sundhedspolitik

- Meget forskellige fund. Nogle skoler havde en sundhedspolitik, men brugte den ikke. 17% af skolelederne vidste ikke, om de havde en sundhedspolitik. En del skoler ønskede at få formuleret en sundhedspolitik. Enkelte skoler arbejdede intenst med formuleringen og anvendelsen af sundhedspolitikken.
- Evaluering gav et noget uklart billede af indholdet af de formulerede sundhedspolitikker.

Kulturelle udviklinger

- Opmærksomhed på evt. hæmmende eller fremmende faktorer i skolekulturen for udvikling og gennemførelse af handleorienteret sundhedsundervisning.
- Store positive forandringer i lærernes samarbejde med hinanden og på indholdet af de pædagogiske diskussioner på skolerne.

Strukturelle udviklinger

- En stor del af de deltagende skoler har sundhedsdimensionen med som fast punkt i lærernes årsplaner.
- Sammenhængende timer – forløb er godt

Evalueringsgruppens anbefalinger til fremtidige projektdesign

- Skolelederen som en central aktør, der kommunikeres og forhandles meget med og forventes meget af.
- Skolelederen skal også have et kompetenceudviklingsforløb. Med lærerne eller andre skoleledere.

Overordnede og tværgående fund

Vedrørende begrebsmæssig udvikling

- Nuancering og præcisering af en række begreber og vidensfelter med betydning for projektet succes.

Forholdet mellem holdningsmæssig effekt og effekt på praksis

- I høj grad en holdningsmæssig effekt på de deltagende lærere og ledere. Positive holdninger til en række centrale værdier i projektet.
- Vilje til og forståelse for arbejdet med sundhedsundervisning på projektets værdigrundlag.
- Ikke større positiv effekt på praksis.

Forankring

- Få skoler både dybt og bredt.
- Indvirkning på mange skolars pædagogiske drøftelser, men svært at iagttage strukturel forankring på organisationsniveau.

Projektdesign

- Styrke i samarbejde ml. praksis, uddannelses- og forskningsniveau.
- Kontaktlærerne har været mindre positive end de øvrigt deltagende lærere.

Evalueringsrapporten om Den Sundhedsfremmende Skole er et særdeles gennemarbejdet materiale. Evalueringen er udarbejdet på baggrund af både kvantitative undersøgelser vha. spørgeskemaer og kvalitative interviews med deltagerne i projektet og lærere og skoler, der ikke deltog i projektet. Evalueringsopgaven var klar og specifik, hvilket udelukkede områder, der også kunne have været interessante. Fx kunne det være spændende at undersøge de sundhedsfremmende effekter af arbejdet. Opnåede eleverne mere handlekompetence? Foretager de deltagende elever andre sundhedsvalg?

Der er flere af fundene, der indikerer forbedret sundhed. Fx forbedret samarbejde blandt lærerne, styrkelse af sociale i klassen, og elevernes positive oplevelser med medbestemmelse og handleorienterede forløb.

Del 4

Anbefalinger og overvejelser om sundhedsfremmende projekter i efterskolen.

I det følgende vil jeg, på baggrund af evalueringsrapporten om Den sundhedsfremmende skole, komme med overordnede anbefalinger og overvejelser om sundhedsfremmende projekter i efterskolen. Anbefalingerne og overvejelserne har jeg delt op i 3: Undervisningen, Organisationsniveau og Overvejelser omkring lærerkompetencer.

Undervisningen:

- Styrke konsulentfunktionen i forhold til de enkelte skolars/læreres projekter, så der kan støttes op om mere handleorienterede forløb.
- Flere forløb der giver eleverne flere erfaring med handlinger, der har indvirkning på "efterskole-samfundet" og lokalsamfundet og handleerfaringer af bredere levevilkårsmæssig karakter.
- Det sundhedsfaglige indhold bør være bredt, så det ikke alene bliver (Ha`det godt –projekter).
- Bearbejdning og perspektivering af elevhandling, der ikke lykkes eller får det ønskede udbytte.

Organisationsniveau:

- Fokus på sundhedspolitikker .
- Inddragelse af samtlige aktører på en skole, så bl.a. sundhedsbegreber og paradigmer inden for sundhedsundervisningen bliver diskuteret.
- Tydeliggøre relationer til andre efterskoleudviklingstiltag (fx medborgerskab)
- Tydeliggøre sundhedsprojekternes støttende mulighed i forhold til efterskolens overordnede formål og opgave. (Dannelse, personlig udvikling, handlekompetence osv.). Dette fordrer desuden skolelederens erfaring og kompetencer.
- Hensyn til hver enkelt skoles kultur, da det er afgørende for et projekts gennemførelse og succes.
- Undersøgelse af de deltagende skolars kultur – både den måde man er sammen på, måden at tænke sundhed på og hvilke områder, skolen kunne ønske sig at tage afsæt i.
- Er betingelserne for at skolens ønsker for at lykkes til stede? (Økonomi, opbakning, lærerkompetencer, øvrige rammer m.v.)
- Autensitet i forløbene, så der kommer noget ud af det for andre – for alle.
- Evt. arbejde videre med inddragelse af elever i skolernes beslutnings organer; samarbejdsudvalg, sikkerhedsgruppe, lærerråd, bestyrelse.
- Tænke sundhedsarbejdet ind i skolens aktivitetsplan, så eleverne får nogle sammenhængende timer – forløb.
- Flexibilitet

Lærerkompetencer:

- Sundhedsfaglige kvalifikationer, specielt inden for sundhedsbegreber, handlebegreber og – erfaringer.
- Betingelse at eleverne føler, de bliver hørt og taget alvorligt af lærere og ledelse, så de får større tiltro til egen indflydelse – at de udvikler troen på, at de alene og sammen med andre kan påvirke til forandring.

- Måske skal der være en overvægt af erfarne lærere, der indgår i projektet, fordi de tør arbejde anderledes og på pædagogisk tynd is? Udviklingsparathed? Dette gælder både inden for elevhandling og elevmedbestemmelse.
- Evne til at perspektivere de forhold og barrierer, som eleverne støder på.
- Evne til at støtte eleverne i at reflektere over deres handleerfaringer – heri ligger læring og udvikling.
- Evne til at arbejde og samarbejde i kaos og uforudsigelighed.
- Evne til at brede handlingsrummet ud, så det rækker ud over den enkelte elevs livsstil her og nu, og udvikler kollektivet og problemstillingerne i samfundslivet bredt.

Erfaringer fra projekt Den Sundhedsfremmende Skole viser, at manglende konsensus om det sundhedsfremmende arbejde kommer til udtryk ved personafhængig implementering af sundhedsfremmende politikker. Dvs. forankring på skolen er afhængig af, at alle medarbejdere og evt. bestyrelsen har arbejdet sammen om udfærdigelsen af skolens sundhedspolitik, så man sammen sætter sundhedsfremme på dagsordenen i årets aktiviteter og skolens prioriteter, samt holde "gryden i kog" og fastholde hinanden i en fælles tilgang til det sundhedsfremmende arbejde.

Dette skiller sig ikke i væsentlig grad fra den måde, vi i øvrigt arbejder med undervisning og pædagogik i hverdagen. Vores hverdag tager også udgangspunkt i fælles fodslaw omkring den enkelte skoles værdigrundlag og dermed syn på undervisning, samvær og pædagogik. Dette må derfor også gælde sundhedsarbejdet.

Når der er manglende konsensus omkring sundhedsarbejdet på en skole, kommer det også til udtryk på andre måder end forankringen. Fx hvor restriktive retningslinjerne for arbejdet med fx sundere mad og bevægelsesvaner er. Dette vil bl.a. afhænge af de involverede personers holdning til i, hvilken udstrækning sundhed er et personligt eller institutionelt anliggende. Hvis de involverede personer mener, det mest er skolens ansvar vil, der være flere restriktioner, end hvis man mener, det var den enkeltes ansvar.

Restriktioner og rammer kan dog også ses ud fra den synsvinkel, som er beskrevet i del 2 vha. Bente Klarlund Pedersen og Bente Jensen. Dette vil jeg berøre yderligere i et følgende afsnit "Efterskolen som opgaveløser i sundhedsarbejdet specielt i forhold til sårbare unge".

Hvad er det, vi kan som efterskoler?

I dette afsnit beskrives, de vilkår og muligheder vi som efterskoler har for at arbejde sundhedsfremmende.

Formålet med efterskolerne:

§ 1. Loven omfatter folkehøjskoler, efterskoler, husholdningsskoler og håndarbejdsskoler (frie kostskoler), der tilbyder undervisning og samvær på kurser, hvis hovedsigte er livsoplysning, folkelig oplysning og demokratisk dannelse, og som er godkendt af undervisningsministeren til tilskud. Undervisningen skal have en bred almen karakter. Enkelte fag eller faggrupper kan have en fremtrædende plads, men aldrig på bekostning af det almene. Skolernes virksomhed skal tilrettelægges ud fra deres selvvalgte værdigrundlag.

Stk. 3. Efterskoler tilbyder unge elever kurser efter stk. 1 med henblik på elevernes hele menneskelige udvikling og modning samt deres almene opdragelse og uddannelse.

Formålet for folkeskolen:

§1. Folkeskolen skal i samarbejde med forældrene give eleverne kundskaber og færdigheder, der: forbereder dem til videre uddannelse og giver dem lyst til at lære mere, gør dem fortrolige med dansk kultur og historie, giver dem forståelse for andre lande og kulturer, bidrager til deres forståelse for menneskets samspil med naturen og fremmer den enkelte elevs alsidige udvikling.

Stk. 2. Folkeskolen skal udvikle arbejdsmetoder og skabe rammer for oplevelse, fordybelse og virkelyst, så eleverne udvikler erkendelse og fantasi og får tillid til egne muligheder og baggrund for at tage stilling og handle.

Stk. 3. Folkeskolen skal forberede eleverne til deltagelse, medansvar, rettigheder og pligter i et samfund med frihed og folkestyre. Skolens virke skal derfor være præget af åndsfrihed, ligeværd og demokrati.

Disse formål skal vi henholdsvis opfylde og stå mål med, og det gør efterskolerne på flot vis.

På efterskolerne har vi unikke muligheder for at arbejde med ovenstående, da vi har de unge så tæt på og er sammen med dem 24 timer i døgnet og mange dage 7 dage om ugen. Vi kan i kraft af vores minisamfund på den enkelte skole øve os i livet sammen og få en masse erfaringer. Dvs. vi er sammen hele tiden og i rigtig mange situationer. De skal gå i skole sammen, spise sammen, holde fri sammen og sove sammen. Hverdagen skal fungere hele tiden.

Skolen og undervisningen er en læring, og den læring, der foregår udenfor klasselokalet, er mindst ligeså vigtig. Det handler om, hvordan man er sammen, hvordan man rummer hinanden og respekterer hinandens forskelligheder, hvordan man løser konflikter, hvordan man hjælper hinanden osv.

I efterskolens lille samfund skal alle bidrage til fællesskabet med praktiske ting og med sig selv til det sociale liv. De skal se sidemanden og bakke hinanden op, når der er brug for det.

I gennem et skoleår oplever flokken samlet set mange af livets gode og udfordrende sider. Kærestesorger, eller forelskelse, nye venskaber, tab af venskaber, alvorlig sygdom på skolen eller hjemme, død, skilsmisse, nye søskende, skænderier på skolen eller hjemme, mobning, tyveri eller samarbejde der lykkes. De kommer

igennem hele følelsesregistret, og der er kompetente voksne til at se dem og støtte dem undervejs, så de udvikler sig positivt af de ting, de møder.

Det er den måde, vi som voksne, er sammen med de unge, sætter gode rammer for de unge, stiller spørgsmål på, lytter og er nærværende på, der er helt afgørende for, hvordan den enkelte unge udvikler sig personligt og sammen med de andre elever.

Vi får en masse problemer "foræret" gennem et skoleår. Og det er dem, der skal handles på, så læring, udvikling og erkendelse opstår. Det betyder, at vi som personale skal bruge de ting, der helt sikkert opstår gennem året til læring.

I folkeskolen er det nogle gange sådan, at sundhedsspørgsmål er svære at gøre autentiske og at få handleerfaringer på noget virkeligt. I efterskolen har vi hele livet sammen, så emnerne vælter om ørerne på os. Det er kun et spørgsmål om, hvad der skal handles på, og hvordan der skal handles på det. Det er alt fra konflikter på værelset til elevernes slikforbrug i fritiden.

Vi har et værdigrundlag på hver skole, som vi skal leve op til og evaluere. Vi har nogle målsætninger og strategier for, hvordan vi når disse mål. Vi er bundne af nogle regeringsudstukne regler og rammer for undervisning og samvær, men har også mange muligheder for individuelt at prioritere og planlægge økonomi, aktivitetsplaner og indholdsplaner. Vi har muligheder for at skabe endnu bedre rammer for en sundhedsfremmende skole. Vi har mulighederne for at skabe bedre vilkår for udvikling af social kapital, for mere lige adgang til sundhed og for udvikling af handlekompetence hos den enkelte og i fællesskabet.

Sundhedsundervisning handler mere om måde, man beslutter og arbejder på, end om emnet eller titlen.

(Karsten Sørensen, 2009)

Efterskoleformen har i uddannelsesøjemed gode effekter mht. at bekæmpe den sociale arv, jf. en omfattende analyse, som Capacent Opinion offentliggjorde i oktober 2008 (kan ses på [www. Efterskoleforeningen.dk](http://www.Efterskoleforeningen.dk)). Denne analyse var med til at vise efterskolens unikke ramme og mulighed for, at støtte den enkelte elevs udvikling mod et mere handlekompetent menneske. Et menneske, der har kompetencer, tro og tillid til egne evner og muligheder for at sætte mål og dagsorden i eget liv.

Efterskolen som "opgaveløser" i sundhedsarbejdet i forhold til specielt de sårbare unge.

I dette afsnit beskrives med hvilke strategier, vi på mange efterskoler p.t. løser dele af sundhedsopgaven specielt med henblik på de sårbare unge. Herunder gives, med baggrund i rapporten, bud på hvad vi evt. skal udvikle og omprioritere.

Generelt arbejder vi som efterskoler allerede på måder, der falder fint i tråd med Bente Jensens anbefalinger. Vores største opgave som efterskoler er at bidrage til, at de unge får mod og tro på livet og på deres egne evner og kompetencer til at mestre, håndtere og handle i forhold til tilværelsens udfordringer. Vi løser opgaven på meget forskellig vis, hvilket også er vores styrke.

Når det handler om sårbare unge er vi dog nogle skoler, som vil have gavn af at tænke *aktørperspektivet* godt igennem. På skoler med mange ressourcestærke elever glemmer vi ind i mellem, at disse sårbare unge, skal have en anden støtte, forståelse og ro for, at de kan udvikle sig. Disse elever har et andet udgangspunkt og skal derfor have en anden opmærksomhed. Vi må respektere, at de har deres grunde til "ikke at

kunne tage sig sammen". Dette har vi mulighed for på efterskolerne, men måske skal vi revurdere vores ressourcer, bl.a. tid og personale og erkende, at vi har en anden opgave med disse unge.

Netværksperspektivet mener jeg, vi allerede gør en del for på efterskolerne. Eleverne oplever, at de får nye netværk. Nogle af disse netværk opleves, for nogle af de sårbare unge, stærkere end de netværk, de har i deres familie, fra tidligere skolegang eller vennekreds. Som efterskoler mener jeg godt, at vi kan arbejde mere målrettet med at styrke de netværk disse unge får og har på efterskolen. Men især mener jeg, at vi har en god udfordring i at hjælpe de sårbare unge med at synliggøre mulige sociale arenaer og netværk uden for efterskolen, samt direkte at hjælpe dem med at etablere nye netværk efter efterskoleopholdet.

Empowermentperspektivet er vores hovedopgave som efterskoler. Vi arbejder forskelligt med dette, men udvikling af den enkelte og fællesskabet indgår i alle skolers værdigrundlag og målsætninger. De fleste skoler har kontaktgrupper, hvor en lærer er tilknyttet en mindre gruppe elever. Denne kontakt mellem lærer og elev og eleverne i mellem har til formål, at den enkelte elev bliver set og forstået og støttes i personlig og social udvikling. Vores samlede perspektiv på elevens trivsel og sundhed ses ud fra et helhedssyn. Det er et vigtigt indsatsområde for efterskolerne, og det bliver til stadighed evalueret og udviklet. Realkompetencebegrebet og udvikling af arbejdet omkring dette på mange efterskoler er bl.a. med til at styrke aktørperspektivet og empowermentperspektivet.

Som efterskoler ved vi, at dette arbejde er unikt for os, og Bente Jensens undersøgelser bekræfter behovet for dette.

Med udgangspunkt i Bente Klarlund Pedersens synspunkter, har vi også en opgave i forhold til de sårbare unge. Disse unge har nok at gøre med at overskue tilværelsens øvrige udfordringer. Vi kan derfor som efterskoler skabe forbedrede rammer for disse unges sundhedsvalg. Vi skal se på de vilkår, vi giver disse unge for at fortage bedre sundhedsvalg. Man må overveje, hvilke regulerende tiltag, som fx forbud mod slik og sodavand i undervisning og på fællesområder, der evt. vil hjælpe denne gruppe unge. Tiltag som fri adgang til sunde mellemmåltider er uden tvivl en stor hjælp til disse unge, men det sociale aspekt skal også tænkes ind. Kan vi vha. organisering og pædagogiske tiltag være med til at sætte endnu bedre sundhedsfremmende rammer for disse unge?

Handlekompetenceperspektivet er også vigtigt for disse unge, men de har, sideløbende med arbejdet med udvikling af handlekompetence, brug for mere hjælp og støtte i deres daglige sundhedsvalg på efterskolen.

Vi ved ikke, om de forskellige tiltag efterskolerne har af mere strukturel art, som fx morgenløb og sunde mellemmåltider, har nogen mere langsigtet effekt. Vores håb er, at eleverne oplever effekterne af disse strukturelle og regulerende tiltag på deres krop og psyke. At eleverne vil tage de nye vaner med sig hjem. Der er mig bekendt ikke lavet under undersøgelser af dette efter endt efterskoleophold.

Vores viden om de sociale faktorerers indflydelse på sundhedsadfærd tyder dog på, at det sociale vejer tungest for de unge. Dette indikerer, at selv vaner, der er oplevet som havende positive effekter på sundhed og velvære, ændres for hensynet til relationsarbejdet i eksempelvis nye transitfaser som ny ungdomsuddannelse.

Derfor må størstedelen af de strukturelle tiltag og reguleringer på efterskolerne ses som tiltag og reguleringer med her og nu effekt. Dette skal også ses positivt, da disse ting kan have afgørende betydning for indlæringsparathed, overskuelighed og overskud, specielt hos resourcesvage og sårbare unge.

Vores udfordring som sundhedsformidlere i efterskolen.

Den store forskel og udfordring i arbejdet omkring sundhed og sundhedspædagogik er, at de fleste af os kommer med et forholdsvis lukket sundhedsbegreb (Jf. Bjarne B. Jensen). Vi er opdraget med et syn på sundhed, der har rod i naturvidenskaben, som beskrevet i del 1. Denne tilgang til sundhed er en del af den diskurs om sundhed, vi oplever fra bl.a. medierne, men især sundhedskampagner. Sundhed bliver oftest i denne fremstilling vist som noget på forhånd defineret og indiskutabelt.

Som nævnt i tema 3 omkring styringsmekanismer skaber dette et dilemma for os som sundhedsformidlere med rod fæste i efterskolepædagogik. Vi bliver forvirrede og har svært ved at håndtere praksis i dette felt.

Det er derfor af uhyre stor betydning for vores sundhedsformidling, at vi forholder os til det brede og positive sundhedsbegreb. Det vil give os et mere nuanceret syn på sundhed, og det vil hjælpe os i forståelsen af de unges syn på sundhed og sundhedsvalg. Dette sundhedsbegreb danner som nævnt grundlag for Faghæfte 21.

Faghæfte 21 arbejder desuden med handlekompetence som overordnet mål for sundhedsundervisningen, hvilket ligger helt i tråd med efterskolernes formål og opgave.

Vi vil derfor som efterskoler have stor gavn af dette faghæfte som grundlag og inspiration til sundhedsundervisningen, da værdier som medbestemmelse, aktiv deltagelse, engagement og demokratisk dannelse gennemstrømmer dette faghæfte, som det gør i vores skolemål og -praksis.

I afsnittet om styringsmekanismer berørte jeg feltet omkring efterskolen som værdisætter og magtanvender. Vi ønsker at udtrykke og praktisere åndsfrihed, dialog og ligeværd. Samtidig sætter vi en dagsorden for samvær og har klare mål og rammer for vores arbejde og hverdag.

Kan dette forenes, når vi taler sundhedsfremme?

Der er noget, der er mere sundt end andet, og det skal vi som sundhedsformidlere selvfølgelig stå ved og holde fast i. Men måden vi arbejder med dette faktum og med sundhedsfremmende handlinger kan sagtens gøres demokratisk og med elevernes medbestemmelse.

Samtidig må vi gøre os klart, at forskning til stadighed skubber og ændrer ved anbefalinger for sund livsførelse. Det er derfor vigtigt, at vi erkender, at sundhed er et mere åbent og subjektivt begreb end det har været, og at udvikling af konstruktiv, kritisk sans og refleksion skal være en vigtig del af sundhedsundervisningen.

Afslutning

Vi skal som efterskole vedkende os, at vi har holdninger – også til sundhedsadfærd, men vi skal samtidig nuancere og udvide vores opfattelse af sundhed. Under alt dette skal vi bibeholde vores målsætninger om dialogen og det ligeværdige møde mellem mennesker.

Den viden vi har viser, at de fleste elever ved meget om sundhed, men at den enkeltes trivsel, selvforståelse og ønsket om at indgå i fællesskaber, er af afgørende betydning for den enkelte unges valg af sundhedsadfærd. Det betyder, at vores opgave som sundhedsformidlere må tage udgangspunkt i dette. Det er disse 3 felter, der bl.a. har betydning, når vi skal arbejde med sundhedsfremme blandt efterskoleelever.

De fleste unge ønsker at leve sundt og have en sund livsstil, og mange ved også i teorien, hvad de skal gøre for at lykkes med det. Det vigtigste er dog for de unge, som nævnt at være en del af et fællesskab, og derfor går de unge på kompromis med, det de egentlig ved er bedst for dem på lang sigt. En del af de unges risikoadfærd, alkohol, rygning og til dels også fastfood, er socialt betinget. Dvs. de gør de fordi, de andre gør det, for at være med i gruppen, for at være sammen om noget (Jf Ingholt). Det betyder, at vores sundhedsindsats kræver den enkelte unges motivation for forandring, men især den gruppe, de synes, de er en del af eller ønsker at være en del af.

Jf. efterskoleårets fordele som trygt transitsted og vores viden om vaner, har de unge her en enestående mulighed for at støtte hinanden i deres ønske om sund livsstil og samtidig blive bakket op af personalet på efterskolen. Det gælder både rammerne for sund livsstil på skolen, samtaler eleverne i mellem og mellem de voksne på skolen og eleverne.

Der er en del forskning og debat om begrebet social kapital. Dette begreb hænger i høj grad sammen med ovenstående. Som efterskoler fokuserer vi allerede på social kapital. Vi arbejder med det bevidst og ubevidst, og eleverne vokser og udvikler sig personligt og i kraft af dette under et efterskoleophold. Måske kan vi udvikle det yderligere ved at italesætte og synliggøre social kapital endnu mere, for derigennem at få eleverne til at reflektere og handle på det – også senere i livet. Efterskolens ramme som udviklingsramme for social kapital kan dermed også være med til at bryde den sociale ulighed i sundhed.

De unge har en viden om effekter af usund livsstil, men mangler ofte viden om årsager, forandringsstrategier og alternativer (jf. B.B. Jensen). Handlekompetence er afgørende for den enkeltes og fællesskabets muligheder for at skabe handling og forandring mod bedre sundhed for den enkelte og fællesskabet. Derfor må udvikling af handlekompetence gennemsyre vores sundhedsarbejde og sundhedsundervisning på efterskolerne.

Rigtig mange efterskoler er allerede i gang med diverse sundhedsfremmende tiltag, og der arbejdes også mange steder bredt, åbent og demokratisk. Mit håb er, at den måde vi arbejder med de unge på efterskolerne, hvor ord som dialog, gensidig vekselvirkning og det ligeværdige møde, også må gælde for vores tilgang til sundhedsarbejdet.

Litteraturliste

Aaen, Susanne (2006), "Sundhed handler også om trivsel" i *Unges Sundhed*. Årg. 5, nr.4-dec. 2006. Red. af Niels Ulrik Sørensen. Center for Ungdomsforskning. København.

Bekendtgørelse af lov om folkehøjskoler, efterskoler, husholdningsskoler og håndarbejdsskoler (frie kostskoler) <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=120733&#AT003473>. Lokaliseret på www.d.6.10.09.

Bertelsen, Jens(2003), "Nye mennesker til et nyt samfund" i *Ungdom*. Red. af Vibeke Boelt et al., KvaN årg. 23, nr. 66, 2003. Århus

Danmarks lærerhøjskole, Komiteen for sundhedsoplysning(2000):" HANDLING, LÆRING OG FORANDRING Beretninger fra Den Sundhedsfremmende skole". Red. Bjarne Bruun Jensen, Danmarks Lærerhøjskole, 2000

Jensen B. , Larsen K., Koudahl, P. og Andsager, G.(2007/2008). "Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital". København. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.

Jensen, Bente (5.maj 2009): "Er sundhed og styrket forebyggelse for alle – og hvem tager ansvaret?" Lokaliseret på [www. D. 22.9.09](http://www.d.22.9.09). <http://www.folkeskolen.dk/ObjectShow.aspx?ObjectId=57116>

Jensen, Bente(2006): "Unges sundhed og sårbarhed – i et kompetenceperspektiv". Akselsen, Käte og Børge Koch(red.)i "Sundhed, udvikling og læring – Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed". Billesø & Balzner(2006)

Jensen, Bjarne Bruun(2005):"Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige paradigmer?" Tidsskrift for forskning i sygdom og sundhed. Nr.3.

Jysk Center for Videregående Undervisning(JCVU), 2006: Evaluering af projektet De Sundhedsfremmende Skoler i Sønderjyllands Amt 1995-2005.

Hermann, Stefan(2000), "Michel Foucault – pædagogik som magtteknologi" i *Pædagogik i sociologisk perspektiv*. Red. af Søren Gytz Olesen; Peter Møller Pedersen. Forlaget PUC, Viborg

Ingholt, Liselotte(2005), "Unges fællesskab og rygning på efterskole – et dialektisk perspektiv på sundhed" i *Ugeskrift for læger* 167/22 d. 30.maj 2005. København

Institut for Folkesundhedsvidenskab, Forskningsgruppen for Børn og Unges Sundhed(2007): "HBSC. Skolebørnsundersøgelsen 2006". Red. af Mette Rasmussen og Pernille Due. Københavns Universitet. www.hbsc.dk

Institut for Folkesundhed(2007). "Sygdomsudviklingen i Danmark fremskrevet til 2020." 20. december 2007, J.nr. 1.2001.46. Udarbejdet af Michael Davidsen, Knud Juel og Mette Kjøller. [Http://www.sifolkesundhed.dk/upload/2763 - sygdomsudviklingen i danmark - arbejdsnotat.pdf](http://www.sifolkesundhed.dk/upload/2763_-_sygdomsudviklingen_i_danmark_-_arbejdsnotat.pdf)

Møller, Jørgen Guldborg: "Verden udenfor". Lokaliseret på [www. d. 19.maj 2008](http://www.d.19.maj.2008). http://www.sundoghed.sdu.dk/site/index.php?option=com_content&task=view&id=1034&Itemid=35

- Møller, Verner(2003), "Sundhedens (u)selvfølgelighed" i *Sundhedspædagogik*. Nr. 24, Syddansk Universitet.
- Mørch, Sven; Anne De Haas(2002), "De unge i rummet". *Nordiske tonårsrum*. Studenter litteratur. Lund.
- Nielsen, Jens Christian; Sørensen, Niels Ulrik(2006), "Livet i Nuet" i *Unge Sundhed*. Årg. 5, nr.4-dec. 2006. Red. af Niels Ulrik Sørensen. Center for Ungdomsforskning. København.
- Nielsen, Heine Boe(2004), "Efterskoleelevers mange netværk – samvær og dannelse" i *Efterskolepædagogik*. Red. af Ole Pedersen. KvaN. Århus.
- Pedersen, Bente Klarlund(2008), " Med lov skal sundhed fremmes". Kronik i Politikken d. 22.april 2008.
- Petersen, Irma, Kirsten Thomsen, Birgitte Pontoppidan, Kirsten Asschenfeldt(2006), En professionsrettet sundhedsundervisning i læreruddannelsen – et anderledes bud. Forsknings. Og udviklingsafdelingen på AADAS(2006)
- Sommer, Henrik(2004), " Om den fire skoles selvvalgte værdigrundlag" i *Efterskolepædagogik*. Red. af Ole Pedersen. KvaN. Århus
- Sundhedsstyrelsen. "Sundhedsstyrelsens historie". Kraks blå bog 2002/2003. Lokaliseret på www d. 13.10.08: http://www.sst.dk/om_os/Sundhedsstyrelsens_historie.aspx?lang=da
- Sørensen, Karsten(1999):"Udvikling og forankring af sundhedsundervisning.". Inspirationshefte nr.2. Sundhedsforvaltningen. Sønderjyllands Amt
- Sørensen, Karsten, Børge Koch, Bjarne Bruun Jensen (2004):"Sundhedspolitikker i skolen - i teori og praksis". Inspirationshefter nr. 8. Sundhedsforvaltningen. Sønderjyllands Amt.
- Sørensen, Karsten(2006): "Skolens sundhedsundervisning – i teori og praksis". Akselsen, Käte og Børge Koch(red.)i "Sundhed, udvikling og læring – Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed". Billesø & Balzner(2006)
- Undervisningsministeriet(2009): Fælles mål 2009. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab, Faghæfte 21, 2009.
- Wackerhausen(2005). "Et åbent sundhedsbegreb – mellem fundamentalisme og relativisme." i *Sundhedsbegreber – filosofi og praksis*. Red. af Uffe Juul Jensen; Peter Fuur Andersen. Forlaget Filosofia. Danmark