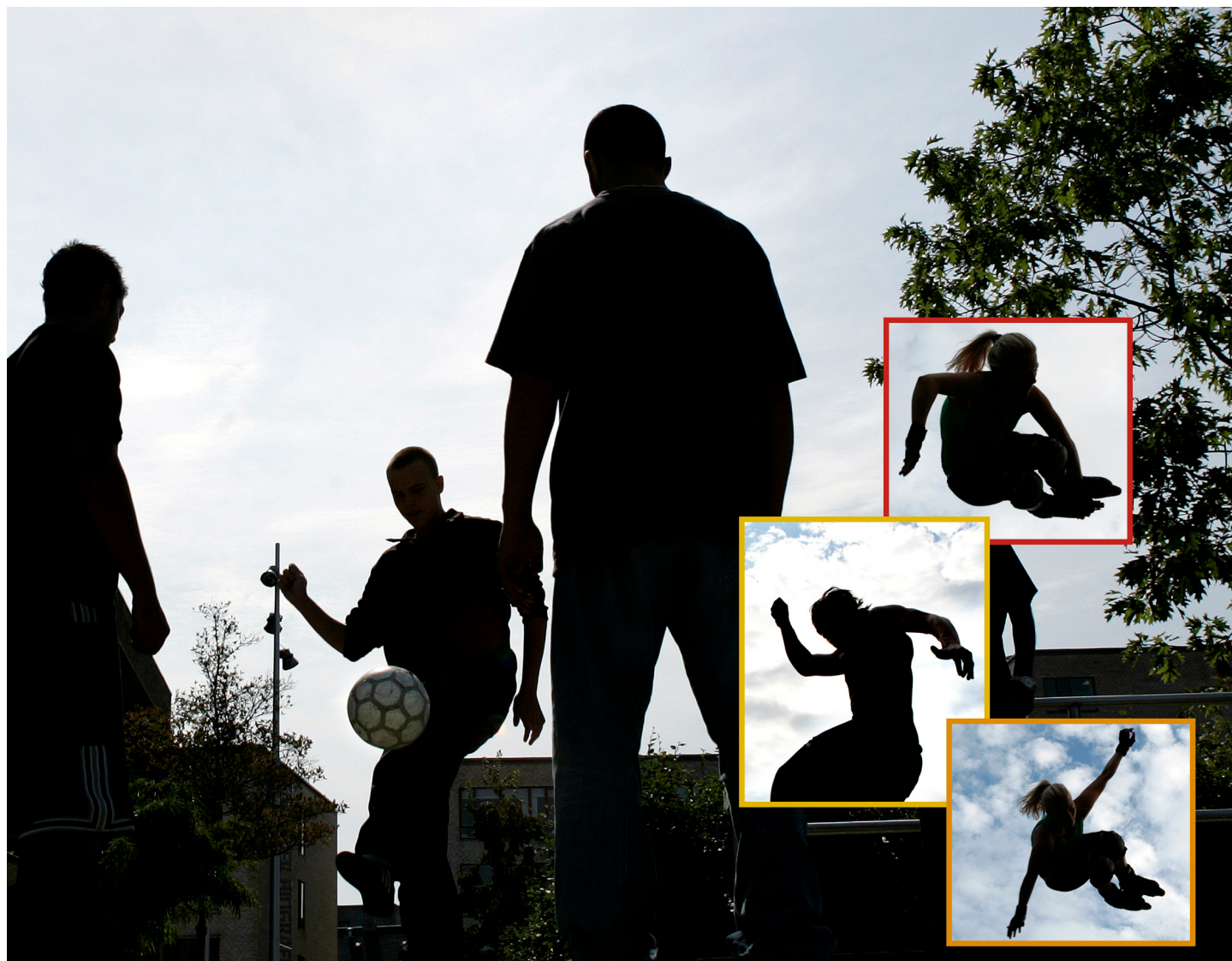




INDDRAGELSE AF UNGE I
SUNDHEDSPROJEKTER
- opsummering af en
DPU-litteraturgennemgang

2010

**Inddragelse af unge i sundhedsprojekter
- opsummering af en DPU-litteraturgennemgang**

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:
Forskergruppe ved DPU Danmarks Pædagogiske Universitetsskole:
Venka Simovska, Jeanette Magne Jensen, Lone Lindegård Nordin.

Redaktion:
Anne-Marie Sindballe, Lotte Bælum, Annette Poulsen og Rikke Primdahl, alle fra Center for
Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

Emneord: børn, unge, sundhed, børnesundhed, kommunal sundhed, forebyggelse, inddragelse, deltagelse, handlekompetence, litteraturgennemgang

Kategori: Faglig rådgivning

Sprog: Dansk

Version: 1.0

Versionsdato: 8. juni 2010

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-089-0

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2010

© Sundhedsstyrelsen, 2010

Forord

Med dette notat sætter Sundhedsstyrelsen fokus på, hvordan man som offentlig myndighed – styrelse, region eller kommune - kan inddrage unge i projekter om deres egen sundhed og sikre, at deres stemme bliver hørt.

Sundhedsstyrelsen har et ønske om i højere grad at inddrage unge i de projekter vi gennemfører som er rettet mod unge. Inddragelsen skal give unge mulighed for at nuancere og aktualisere problemstillinger og løsningsforslag og dermed være med til at sikre, at Sundhedsstyrelsens råd og vejledninger til unge opfattes som vedkommende for netop de unge selv.

Vigtigheden af børn og unges inddragelse understreges af FN's børnekonvention, og Sundhedsstyrelsen vil gerne have flere erfaringer med, hvordan man systematisk kan arbejde med at inddrage børn og unge, og vi vil gerne have mere viden om effekten af at gøre det.

På foranledning af Sundhedsstyrelsen har en forskergruppe ved Danmarks Pædagogiske Universitetsskole udarbejdet en litteraturgennemgang over nationale og internationale erfaringer med metoder til at inddrage unge 15-18-årige i projekter, der vedrører deres egen sundhed samt lavet en oversigt over, hvilket udbytte inddragelsen medfører i forhold til dels de unge, dels for selve projektet.

Dette notat tager udgangspunkt i nævnte litteraturgennemgang. Notatet indeholder en afklaring af begrebet inddragelse/deltagelse, anbefalinger om metoder til inddragelse af unge samt konsekvenser heraf og giver nogle vigtige overvejelser.

God læselyst.

Juni 2010

Else Smith
Centerchef
Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

Indhold

1	Baggrund og formål	5
2	Inddragelse	6
2.1	Harts deltagelsesstige	6
2.2	Centrale begreber	7
2.3	Sundhedsfremme og forebyggelse	8
2.4	IVAC-modellen	9
3	Litteraturgennemgangens metode	10
3.1	Pointer fra litteraturgennemgangen	10
3.2	Om metoderne	11
3.3	Fordele ved inddragelsen af unge	12
3.4	Vigtige overvejelser, når unge skal inddrages	13
3.5	Faktorer, der påvirker de voksnes måde at arbejde med unge-inddragelse på	13
3.6	Faktorer, der påvirker unges lyst og motivation til at deltage aktivt i sundhedsprojekter	14
4	Referencer	16

1 Baggrund og formål

Sundhedsstyrelsens nuværende praksis for at inddrage unge består primært i at præteste eller evaluere projekter hos målgruppen samt i at få feedback om unge fra voksne nøglepersoner med kontakt til unge. De anvendte metoder er overvejende fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelser.

Erfaringer viser, at inddragelse af børn og unge har en afgørende betydning for succesfuld udvikling og implementering af indsatser og politikker samt for sikring af børn og unges motivation, ejerskab og engagement. Antagelsen er derfor også, at en systematisk inddragelse af unge allerede tidligt i projektfaser vil være med til at sikre, at Sundhedsstyrelsens sundhedsindsatser er tættere de unges hverdagsliv, og dermed at Sundhedsstyrelsens budskaber bedre opnår relevant modtagelse og tilsigtede effekter.

Formålet med dette notat er således at bidrage til det videnskabelige grundlag for Sundhedsstyrelsens videre arbejde med inddragelse af unge i sundhedsprojekter. Notatet er baseret på en litteraturgennemgang af Danmarks Pædagogiske Universitetsskole om metoder til at inddrage unge 15-18 årige i alle faser af sundhedsprojekter. Sigtet med litteraturgennemgangen var at undersøge:

Hvordan kan unge 15-18 årige inddrages i sundhedsprojekter, og hvilket udbytte medfører unges deltagelse i projekter, dels i forhold til de unge selv, dels i forhold til projekterne?

2 Inddragelse

Der kan anvendes mange forskellige begreber til at indkredse ideen om inddragelse: Involvering, deltagelse, participation, medbestemmelse, tilknytning og målgruppestyring.

I det følgende anvendes ”Deltagelsesstigen” til at indkredse begrebet og afklare den forståelse af inddragelse, som litteraturgennemgangens resultater og konklusioner afspejler. Deltagelsesstigen er lavet af den amerikanske psykolog og professor i miljøpsykologi på New York Universitet, Roger Hart.

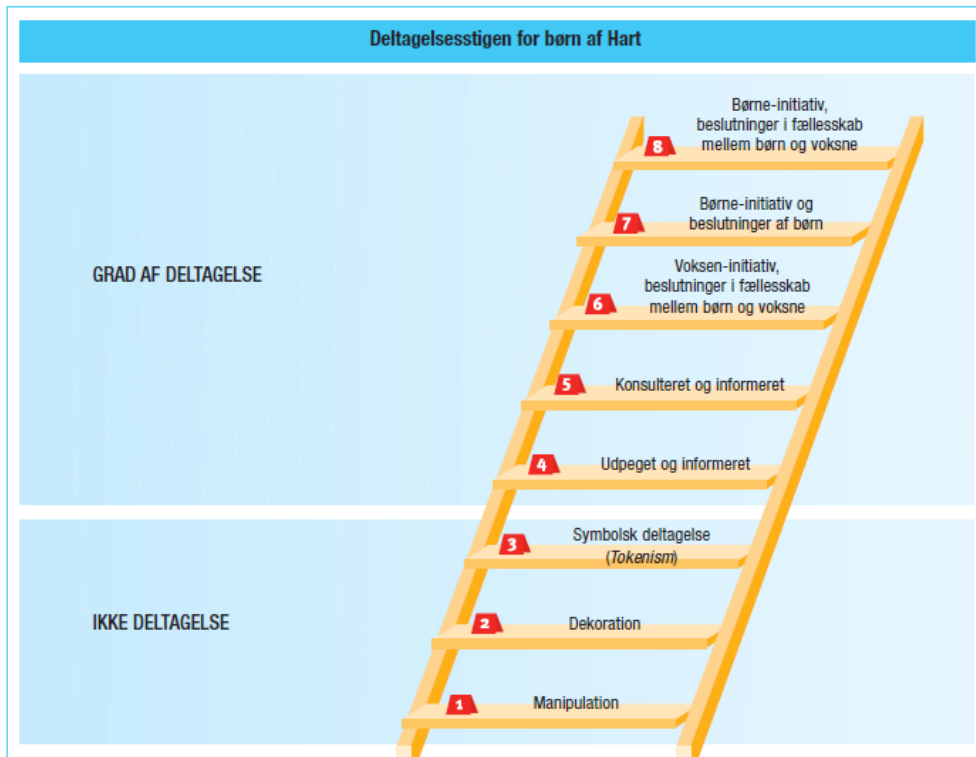
2.1 Harts deltagelsesstige

Børn og unge i alle aldre er, ifølge Roger Hart, i stand til og har ret til at deltage i beslutninger, som vedrører deres sundhed og liv. Men Hart pointerer, at graden og formen af deltagelse kan variere afhængigt af alder, evner, interesser og kompetencer hos børnene (Hart, 1992; 1997).

Det vigtigste princip er, ifølge Hart, at børn og unge selv skal være med til at bestemme, hvor meget de ønsker at deltage. Desuden skal betingelserne være til stede for, at hvert eneste barn kan deltage på det højeste niveau i forhold til hans eller hendes kompetencer, interesser og motivation.

Harts deltagelsesstige (Figur 1) illustrerer, at inddragelsen af børn og unge kan være symbolsk eller ægte. Den viser de forskellige niveauer for børn og unges deltagelse, idet hvert af de 8 trin i stigen repræsenterer en øget grad af deltagelse, hvor børn og unge får stadig mere medbestemmelse jo højere, de er på stigen.

Figur 1: Harts deltagelsesstige (Hart, 1997)



Stigens tre første trin (1-3) beskriver forskellige grader af *symbolsk deltagelse*. Selv om børn og unge optræder synligt, har de ikke nogen reel indflydelse, og derfor kalder Hart disse trin for "ikke deltagelse". Det første trin på stigen kaldes således for den manipulerede deltagelse, hvor voksne bruger unge til at fremme deres egne opfattelser af målgruppens interesser og behov, uden at spørge de unge. Dernæst kommer den dekorerende deltagelse, hvor børn og unges deltagelse supplerer de voksnes udsagn, fx i form af underholdning udført af målgruppen. Og herefter trin 3 som kaldes symbolsk deltagelse, hvor børn og unge inddrages for at underbygge et ungevenligt image hos voksne, uden at der reelt er interesse for at inddrage børn og unges stemmer og interesser.

Stigens næste trin (4-8) afspejler den *ægte deltagelse*. Her er børn og unge inddraget på en måde, så de får tilstrækkelig indsigt i hensigten med det projekt eller den aktivitet, de medvirker i, til at de kan få indflydelse via deres deltagelse. På trin 4 inviteres børn og unge til at medvirke i en bestemt anledning og de informeres om præmisserne, hvorefter de selv tager stilling til, om de vil deltage. På næste trin konsulteres børn og unge i omfattende grad i et projekt, som voksne står for, mens de på trin 6 opnår medindflydelse på voksen-initiativer. På stigen to øverste trin er børn og unge inddraget på en sådan måde, at de dels selv udtænker, organiserer og styrer projektet uden voksnes indblanding og ved, på stigen to øverste trin, selv at være initiativtager til et projekt, som voksne støtter op om og involveres i.

Der eksisterer generel evidens for, at målgruppens aktive medvirken eller ægte deltagelse øger sandsynligheden for, at der udvikles et *ejerskab* til det, der arbejdes med, uanset om det er et traditionelt sundhedstema som alkohol, eller om det drejer sig om mere generelle aspekter af det gode liv (Jensen, 2000). Ægte deltagelse, som i det følgende blot betegnes som deltagelse, er således den form for deltagelse, som man skal stræbe efter, hvis det skal sikres, at de unge får større indflydelse, engagement og motivation i et projekt. Desuden er fordelene ved ægte deltagelse velbeskrevne og inkluderer bl.a.: styrkelse af færdigheder, kapacitet, kompetence og selvværd (Alderson, 2000). Det er dermed også denne form for deltagelse, der arbejdes med i det følgende, og som begrebet inddragelse afspejler i dette notat.

2.2 Centrale begreber

Der er 3 begreber, der er centrale for at forstå tanken bag og fordelene ved unges ægte deltagelse. Disse begreber er *handlekompetence*, *empowerment* og *ejerskab*, som sammen med begrebet deltagelse, der er defineret i ovenstående, alle udspringer af den sundhedspædagogiske tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme og er tæt knyttet til det brede, positive sundhedsbegreb, som er defineret af WHO: "Health is a state of complete physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity" (se Sundhedsstyrelsen, 2005).

Handlekompetence

Handlekompetence er: "En evne til og en motivation for at kunne handle i forhold til sundhed – både individuelt og i fællesskab med andre" (Simovska and Jensen, 2003). Handlekompetence opnås gennem ægte deltagelse og består af flere elementer: Indsigt og viden, engagement, visioner, handleerfaringer.

Empowerment

Empowerment relaterer sig til børn og unges evne til at tage kontrol over eget liv. Begrebet kan defineres som: "Et element i sundhedsfremme, der har til formål at bibringe borgere handleevne samt kontrol og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed" (Sundhedsstyrelsen, 2005).

Ejerskab

Begrebet ejerskab er i dette notat et udtryk for, at målgruppens deltagelse i projekter betyder, at de oplever projektet som deres eget og derfor har interesse i at arbejde med emnet.

2.3 Sundhedsfremme og forebyggelse

Børns og unges sundhed, trivsel og livsstil er påvirket af et tæt samspil af biologiske, miljømæssige, kulturelle og samfundsmæssige faktorer. De faktorer, der påvirker børn og unges mulighed for at være og føle sig sunde, skabes ikke af børn og unge selv, da de som regel har ringe indflydelse på deres sociale, kulturelle og fysiske omgivelser.

Deltagelse af unge kan, som det ses af litteraturgennemgangen, være en del af både forebyggelse og sundhedsfremmeprojekter.

Med forebyggelse forstås, at man forsøger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker (Sundhedsstyrelsen, 2005)

Med sundhedsfremme vendes opmærksomheden over mod sundhed – set ud fra det positive og brede sundhedsbegreb. I sundhedsfremme skabes rammer og muligheder for at udvikle børn og unges ressourcer og handlekompetence (Sundhedsstyrelsen, 2005)

Sundhedsfremme og forebyggelse anvendes i praksis som sideordnede, delvist overlappende begreber for at synliggøre forskellige strategier til at opnå og øge sundhed. Det centrale for en sundhedspædagogisk indfaldsvinkel til sundhedsfremme og forebyggelse er at styrke og støtte børn og unge i at få indflydelse på de faktorer, der påvirker deres sundhed. Derved handler inddragelsen af unge på den ene side om at øge deres viden om de faktorer, der påvirker og determinerer deres sundhed og de alternativer, muligheder og begrænsninger, de har inden for disse.

Målet for inddragelsen bliver således at udvikle deres kompetence til at håndtere deres egen sundhed og til at deltage og handle – individuelt og sammen med andre - for sundhed i fremtiden (Jensen B. 1997; Simovska 2006).

På den anden side handler inddragelse også om, at sundhedsprofessionelle sammen med de deltagende unge skal forsøge at forstå deres sundhedsopfattelser og adfærd og handle efter dem.

2.4 IVAC-modellen

Harts deltagelsesstige viser forskellige niveauer at inddrage børn og unge på. Det betyder imidlertid ikke, at det altid er trin 8, man skal stræbe efter. Deltagelse i virkelighedens projekter er ofte mere kompleks, end det kan illustreres med stigen. Det højeste niveau for deltagelse er ikke altid det ideelle at stræbe efter, eller muligt i praksis, i alle projekter og i alle faser af projekter. Jensen og Simovska, Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU), har derfor videreudviklet Harts model til IVAC-modellen.

Den tager udgangspunkt i trin 4-8 på Harts stige og viser, hvordan og i hvilke faser børn og unge konkret kan inddrages.

Hart's trin for ægte deltagelse er illustreret med fire kategorier på modellens y-akse (jf. figur 2). Den første kategori 1 svarer til trin 4 og 5 i Harts deltagelsesstige, hvor børn og unge bliver informeret/konsulteret, men ikke yderligere inddraget i beslutningerne. Kategori 2 svarer til trin 6 i Harts model, kategori 3 til trin 7 og kategori 4 til trin 8.

Figur 2: IVAC-modellen over deltagelse i projekters faser (Simovska, et al, 2006, ændret fra Jensen, 2000)

	Deltagelse til i projektet	S Valg af tema	I Under-søgelse	V Vision/Mål	A & C Handlinger & Forand-ringer	E Vurdering/ Overvejelse
4. Elevers forslag, fælles dialog, fælles beslutninger med lærere og voksne						
3. Elevers forslag, elev dialog, elevers uafhængige beslutninger						
2. Lærers forslag, fælles dialog, fælles beslutninger						
1. Givne beslutninger, (af lærere, lovgivning), ingen dialog, elever tildelt opgaver						

På x-aksen ses de forskellige faser i et projekt eller i en beslutningstagning. Disse faser kan variere fra projekt til projekt, men består her af: valg af tema, undersøgelse, vision/mål, handlinger/forandring og vurdering/overvejelse.

IVAC-modellen bygger på en skolesituation, men bliver her brugt som et generelt eksempel på, hvordan der kan arbejdes med deltagelse i sundhedsprojekter. Modellen skal derfor ikke opfattes som en ideel eller færdig model, men snarere som en model, der kan tilpasses og udbygges i forhold til konkrete projekters delelementer. Modellen er dermed et arbejdsredskab til at planlægge hvor og hvornår børn og unge kan inddrages i sundhedsprojekter.

Modellen kan desuden bruges som et analyseredskab i forhold til, hvordan og hvornår børn og unge er blevet inddraget i konkrete sundhedsprojekter.

3 Litteraturgennemgangens metode

DPU's undersøgelse af metoder til inddragelse af unge i sundhedsprojekter består af en systematisk litteraturgennemgang af både dansk og udenlandsk litteratur, primært fra 2005 til i dag. Til gennemgangen af litteraturen er der foretaget en såkaldt narrativ syntese, og alle udvalgte studier er analyseret ud fra IVAC-modellen.

Der er generelt fundet meget få studier om inddragelse af unge i sundhedsprojekter. Langt størstedelen af de erfaringer og den viden, der kan hentes på området inkluderer både børn og unge, hvorfor begge grupper er inddraget i gennemgangen. Litteraturgennemgangen kan fremvise 5 enkeltstudier, der vurderes at være af høj kvalitet, men med meget forskelligt undersøgelsesdesign. Undersøgelserne omfatter:

- 2 quasi-eksperimentelle undersøgelser af manualbaserede programmer til sundhedsundervisning/-samtaler. Designet tillader at konkludere på effekt, dog har den ene undersøgelse et ret lille sample (13-16 år/ 15-16 år) (Tackling/ Vinter-Larsen et al 2008, Du bestemmer/Arborelius 1988)
- 2 deskriptive undersøgelser af implementerede, bredere sundhedsprogrammer (12-19 år/ 4-16 år) (Shape Up Europe/ Simovska og Jensen 2009, Young minds.net/lessons learnt/Simovska og Jensen, 2003). Designet tillader ikke konklusioner om effekt
- 1 kvalitativt casestudie af bredt sundhedsprogram (Valaitis og O'Mara 2005). Designet tillader ikke konklusioner om effekt

Desuden refererer litteraturgennemgangen til evalueringen og et casestudie af det landsdækkende engelske program "National Healthy School Standard and Pupil Participation" (Madge et al 2003, Wilson 2009)), til reviews, der handler om unges inddragelse i skole- og samfundsaktiviteter generelt (Halsey et al 2006), til nogle studier af lavere metodologisk kvalitet samt en række artikler om emnet.

Alle 5 identificerede enkeltstudier har fokus på bredere sundhedskompetencer hos eleverne (fx selvværd, handlekompetence, personlige og sociale færdigheder). 3 studier har desuden et konkret forebyggende sigte, dvs. en sundere livsstil mht. tobak, alkohol, andre rusmidler, kost og/eller motion.

3.1 Pointer fra litteraturgennemgangen

De gennemgåede studier viser, at projekterne inddrager unge i mange forskellige typer af aktiviteter. Der er også stor forskel på, hvor direkte aktiviteterne er målrettet sundhed. Studierne belyser fx børn og unges inddragelse i

- Elevråd som høres i forbindelse med ledelsesbeslutninger på skolen
- Revision og udvikling af politikker
- Arbejdsopgaver (fx kontorpligt, velgørenhedsaktiviteter)
- Elev-ledede anti-mobningsordninger

- Elev-ledede mentorordninger
- Elevrådgivning, støtte og mægling
- Dialogpræget undervisningsform med mulighed for at bestemme egne (individuelle/gruppemæssige) målsætninger, handleplaner, vurdering indenfor given ramme (mere eller mindre struktureret)
- Elevers selv-monitorering

Det er karakteristisk for alle de fundne projekter, at graden af *deltagelse* og det overordnede *tema* har været givet på forhånd, og eleverne inddrages derefter (i større eller mindre grad, fra kategori 2-4 i IVAC-modellen) i den konkrete udformning og implementering af sundhedsprojekterne.

3.2 Om metoderne

Selv om studierne beskriver forskellige metoder til inddragelse i forskellige settings, er der tre gennemgående træk:

1. Metoderne er grundigt beskrevne

Bag alle metoderne ligger en grundig vejledning til, hvordan og i hvad børn og unge bør inddrages. Undervisningsmaterialet "Tackling" (Vinter-Larsen et al, 2008) består af en lærervejledning og et elevhæfte til henholdsvis 7., 8. og 9. klassetrin. Samtaleprogrammet "Du bestemmer" (Arborelius, 1988) er baseret på en specificeret beskrivelse af forløbet i de enkelte samtaler til sundhedsvejlederen og medfølgende arbejdsark til eleverne. De tværnationale projekter "Shape Up" (Simovska & Jensen, 2009) og "Young Minds" (Simovska & Jensen, 2003) er baseret på metoden IVAC. De to engelske delprojekter indgår begge i det nationale engelske program NHSP, og er baseret på vejledninger fra dette. Også det canadiske, computer-understøttede sundheds/samfundsudviklingsprogram er baseret på en nøje beskrevet proces for elevernes deltagelse (Valaitis, 2006).

2. Metoderne er voksen-understøttede

I "Tackling" (Vinter-Larsen et al, 2008) er den voksne – her læreren - ordstyrer samt leder og formidler af diskussionerne. I "Du bestemmer" (Arborelius, 1988) er sundhedsvejlederen en central dialogpartner.

I "Shape Up" (Simovska & Jensen, 2009) havde facilitatoren sammen med lærerne ansvaret for børnene og de unges deltagelse, og derudover blev interventionen i de enkelte byer koordineret af en lokal koordinator. Tilsvarende blev der oprettet en lokal gruppe i hver by for at støtte implementeringen af "Shape Up".

I forbindelse med "Young Minds" (Simovska & Jensen, 2003) blev der etableret en støttegruppe bestående af forskere fra de 4 involverede lande, og i de enkelte lande og på de enkelte skoler var facilitatorerne og lærerne de centrale kontaktpersoner.

Til det engelske sundhedsfremmeprogram "NHSP" (Madge et al, 2003; Wilson, 2009) er der knyttet en lokal skolekoordinator, som støtter skolerne i deres udvik-

ling, og et lokalt program hjælper skolerne med at analysere og forbedre deres praksis. Endelig var der i det canadiske projekt knyttet mindst en voksen facilitator til hver gruppe (Valaitis, 2005).

Professionelle voksne har således en central rolle i alle projekterne, og voksenstøtte er essentiel i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse. Unges deltagelse betyder dermed ikke, at lærerens og andre voksnes ansvar bliver mindre, måske tværtimod. Ægte deltagelse af unge indebærer, at de voksne tager et ansvar i forhold til at støtte de unge og facilitere processerne, så der opnås en reel indflydelse og dialog omkring sundhedsprojektets indhold og proces. Den voksne skal give struktur samt faglig input og - kritik.

3. Metoderne inddrager unge på forskellige måder og i forskellige områder

Unges deltagelse i de forskellige interventioner er kendetegnet af mange former for deltagelse indenfor mange forskellige områder. Dette er illustreret i figur 3, hvor de 5 studier er vurderet ud fra IVAC-modellen, dvs. tallene 1-4 i skemaet refererer til IVAC-modellens fire kategorier for deltagelse.

Figur 3: Deltagelsesområder og deltagelsesformer

	Tackling	Du bestemmer	Shape Up	Young minds	Valiatis
Deltagelse	1	2	1	1	1
Valg af tema	1	2	1	1	1
Undersøgelse af tema	2 el 4	4	2 el 4	2, 3 el 4	2 el 4
Visioner og mål	2 el 4	4	2 el 4	2,3 el 4	2 el 4
Handlinger og forandring	2 el 4	4	2 el 4	3	2,3 el 4
Evaluering	4	3		3	

3.3 Fordele ved inddragelsen af unge

Studierne beskriver fordele, ulemper og forudsætninger (opmærksomhedspunkter) for unges inddragelse i sundhedsprojekter.

I de gennemgåede studier udtrykkes positive holdninger til deltagerorienterede aktiviteter indenfor sundhedsområdet. Deltagerorienteringen vurderes at højne elevernes koncentration i timerne, engagement, motivation og, følelse af ejerskab. Disse fordele ligner i høj grad de fordele, der har vist sig i studier af børn og unges deltagelse i forhold til politik og praksis generelt (Halsey 2006). Børn og unges inddragelse vurderes at udvikle:

- Tillid og selvværd
- Sociale, personlige og følelsesmæssige kompetencer
- Følelse af ansvarlighed, effektivitet og autonomi
- Ny viden og færdigheder
- Kommunikations- og samarbejdsfærdigheder
- Medborger og politiske kompetencer
- Opmærksomhed
- Adfærd (dog begrænset dokumentation for adfærdsændringer i sundhedsprojekter)

Samtidig er det vigtigt at være meget opmærksom på, at deltagelsen skal være ægte for ikke at give bagslag. Hvis projekter ikke holder, hvad de lover mht. at inddrage unge, er der en stor risiko for, at de unge bliver desillusionerede.

Desuden er det en central udfordring i forhold til at opretholde unges engagement, at projekterne hverken må komme i konflikt med andre prioriteringer i de unges liv eller må strække sig over for lang tid.

3.4 Vigtige overvejelser, når unge skal inddrages

Det begrænsede antal studier og de forskellige undersøgelsesdesigns giver ikke grundlag for at drage håndfaste konklusioner mht. positive effekter af inddragelse; det være sig på elevernes generelle kompetencer (bedre selvværd, større handlekompetence, større ansvarlighed) eller på den konkrete sundhedsadfærd (sundere livsstil, bedre trivsel). Som vist formidler studierne imidlertid nogle af de fordele, der kan opnås ved at inddrage unge i sundhedsprojekter, og de formidler forhold man som professionel skal være opmærksom på i forbindelse med inddragelse af unge.

I det følgende præsenteres således forhold, som ifølge litteraturgennemgangen, har fremmet og hæmmet unges inddragelse på tværs af de beskrevne studier – henholdsvis for de voksne og de unge selv. Der peges på en række opmærksomhedspunkter, det er vigtigt at have for øje i planlægningen af inddragelse af unge.

3.5 Faktorer, der påvirker de voksnes måde at arbejde med unge-inddragelse på

Metodebeskrivelse og vejledning

En god – ikke alt for omfattende - metodebeskrivelse og en grundig vejledning i metoden forud for interventionen understøtter lærernes, koordinatorenes og facilitatorenes inddragelse af og unge i de sundhedsfremmende interventioner.

Samarbejde og organisation

Mange sundhedsfremmende interventioner rettet mod unge i fx skoler og gymnasier er initieret af kommunerne. Hvis en skole skal bakke op om en intervention, kræver det dialog, samarbejde og afstemte forventninger mellem de involverede parter.

Magt og kompetencer

Den deltagerorienterede tilgang kræver, at voksne – det være sig konsulenter, koordinatorer eller lærere – opgiver den traditionelle magt, voksne normalt har i forhold til unge i vores kultur. Derudover skal de voksne acceptere de unges kompetencer i forhold til deres eget liv.

Ressourcer

Interventioner baseret på en deltagerorienteret tilgang er ofte mere tidskrævende end interventioner baseret på en traditionel læringstilgang. Det tager fx tid for de voksne at ”adoptere” metoden og tid for de unge at vænne sig til den anderledes tilgang til læring. Manglende ressourcer kan også bestå i at være for få voksne og, som i to af de omtalte interventioner, i at have for få computere og manglende teknisk støtte.

3.6 Faktorer, der påvirker unges lyst og motivation til at deltage aktivt i sundhedsprojekter

Støtte og feedback fra voksne

Alle de beskrevne metoder understreger betydningen af support og feedback fra voksne. Unge har behov for dygtige lærere, konsulenter, facilitatorer og forældre som dialog og faglige sparringspartnere i de deltagende processer og for bekræftelse i deres deltagelse.

Støtte fra kammerater og oplevelse af ejerskab

Støtte fra kammerater er også en vigtig faktor i forbindelse med deltagelse i sundhedsprojekter. Klubaktiviteter og brug af jævnaldrende unge som formidlere er aktivitetsformer, der begge er rapporteret som gode til at reducere isolation, konflikter og ensomhed. Det antages, at disse aktiviteter virker ved at øge de unges oplevelse af social anerkendelse. Samtidig påvirkes unges involvering af den anerkendelse og det ejerskab, de føler i forhold til både deres eget og gruppens arbejde.

Selvværd, selvtillid og motivation

Flere af interventionerne peger på, at selvværd, selvtillid og motivation har stor betydning og er en afgørende faktor for, at unge indgår aktivt i sundhedsprojekter. Omvendt kan øget selvværd og selvtillid også være en del af de unges udbytte af at deltage i sådanne projekter.

Indflydelse og handling

Hvis unge ikke tages alvorligt, oplever de deres deltagelse som ligegyldig. Det er omvendt med til at fremme unges motivation for deltagelse, at de oplever, at deres ideer bliver hørt og fulgt op af handling. Det er således vigtigt, at unge ikke bare deltager symbolsk, men at de har en reel indflydelse og er med til at påvirke de handlinger, der sættes i gang i et givent projekt.

Belønning

Forskellige former for belønning kan være med til at fremme unges motivation for at blive inddraget i sundhedsprojekterne. Det kan være incitamenter i form af fx armbånd og stickers. Men en belønning kan også være at komme ud af klassen i forbindelse med et sundhedsprojekt – og få en pause fra den almindelige undervisning.

Konkurrence mellem aktiviteter

Andre aktiviteter på skolen, fx at biblioteket var optaget eller at eleverne kom for sent til projekttimerne på grund af test eller vigtig undervisning, var hæmmende for projektet. Eleverne ville gerne deltage i sundhedsprojektet, men det konkurrerede med andre lige så vigtige ting. Det er altså meget vigtigt, at der tages højde for de fysiske og organisatoriske rammer i planlægningen af unge-inddragende aktiviteter, så de unge har reelle muligheder for at deltage.

4 Referencer

- Alderson, P. (2000). *Young Children's Rights, Exploring Beliefs, Principles and Practice*. Jessica Kingsley Publishers and Save the Children.
- Arborelius, E. and Bremberg, S. (1988). It is your decision! Behavioural effects of a student-centred health education model at school for adolescents. *Journal of Adolescence*, 11:4 pp.287-297
- Graham, A. (2006) Progressing Participation: Taming the Space between Rhetoric and Reality. *Children, Youth and Environments* 16(2) pp. 231-247.
- Halsey, K., Murfield, L., Harland, J.L., Lord, P. (2006). *The voice of young people: an engine for improvement? Scoping the evidence*. Research conducted by the National Foundation for Educational Research Northern Office CFBT. Education Trust.
- Hart, R. (1992). *Children's Participation: From Tokenism to citizenship*. Firenze, UNICEF International Child Development Centre.
- Hart, R. (1997). *Children's Participation: the theory and practice of involving young citizens in community development and environmental care*. London, Earthscan Publications Ltd.
- Jensen, B.B. (1997). A case of two paradigms within health education. In: *Health Education Research. Theory and Practice*, vol. 12, nr. 4, s. 419-428.
- Jensen, B.B. (2000). Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden I: Hounsgaard, L., Eriksen, J. J. (red.), *Læring i sundhedsvæsenet*. Gyldendal Uddannelse, s. 191-212.
- Madge, N, Franklin, A and Willmott, N (2003) *The National Healthy School Standard and Pupil Participation*. Research Summary. London: National Children's Bureau.
- Simovska, V, Jensen B. B. (2003). Young-minds.net/lessons learnt: student participation, action and cross-cultural collaboration in a virtual classroom. Copenhagen, Danish University Press.
- Simovska, V., Jensen, B.B., Carlsson, M., and Albeck. C. (2006). Shape Up: Kurs mod børns og unges deltagelse i sundhed, Barcelona: P.A.U Education.
- Simovska, V. (2006). Case study: Children and young people's voices in health matters – learning by making a difference. WHO/HBSC Forum 2006, Florence, Italy.
- Simovska, V. and Jensen, B.B. (2009). Shape Up: a school-community approach to influencing the determinants of childhood overweight and obesity. Lesson Learnt. Barcelona: PAU Education.
- Sundhedsstyrelsen (2005) Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Valaitis, R. and O'Mara, L. (2005). Enabling youth participation in school-based computer-supported community development in Canada. *Health Promotion International*. Volume 20, Number 3. pp. 260-268.

Wilson, L. (2009). Pupil Participation: comments from a case study. *Health Education*. Vol. 109, nr. 1, pp: 86-102.

Vinther-Larsen, M., Bendtsen, P., Jørgensen, M.H., og Grønbæk, M.(2008). *Evaluering af undervisningsmaterialet Tackling*. Sundhedstyrelsen.