

Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme

– i relation til kost og fysisk aktivitet

2004



Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme

– i relation til kost og fysisk aktivitet

Jytte Poulsen

Udarbejdet af:
Kultursociolog Jytte Poulsen, Statens Institut for Folkesundhed

Udgiver:
Viden og dokumentationsenheden
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
URL: www.sst.dk

Emneord: forebyggelse, metode, sundhedsfremme, empowerment
Sprog: Dansk
Version: 1,0
Versionsdato: december 2003
Elektronisk ISBN: 87-91437-64-4

Format: pdf

Denne rapport citeres således:
Poulsen J
Borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet
København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen, 2003
Rapporten kan hentes på www.sst.dk/metodekataloget

Indholdsfortegnelse

1	Emne	5
1.1	Introduktion og baggrund for at undersøge effekten af borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet	5
1.2	Afgrænsning og definition af begrebet borgerinddragelse	5
2	Målgruppe for metoden	10
3	Forebyggelsesmiljøer, hvor metoden kan anvendes	11
4	Beskrivelse af metoden	12
5	Dokumentation af metodens effekt og vurdering af dokumentation	17
5.1	Lokalsamfundsinterventioner i stor skala – og effekten af borgerinddragelse	17
5.2	Skolebaserede interventioner – og effekten af målgruppers inddragelse fx forældre	18
6	Bivirkninger ved metoden	20
7	Barrierer for anvendelse af metoden	21
8	Sidegevinster og afledte effekter ved metoden	22
9	Organisation	23
10	Økonomi	24
11	Etik	25
12	Konklusion og perspektivering	26
13	Referencer	28
14	Links	30
15	Forfatter	31

1 Emne

1.1 Introduktion og baggrund for at undersøge effekten af borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme – i relation til kost og fysisk aktivitet

Sundhedsstyrelsen ønskede at få belyst effekten af borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme bredt betragtet. Det er bl.a. begrundet i, at de fleste nationale folkesundhedsprogrammer understreger vigtigheden af, at sundhedsfremme og forebyggelse sker på befolkningens præmisser. Det gælder også for den danske regerings sundhedsprogram 'Sund hele livet', der lægger stor vægt på at inddrage det civile samfund i det forebyggende arbejde, både den enkelte borger og de frivillige og private organisationer (1).

En første litteratursøgning resulterede i flere tusinde referencer, hvorfor det blev besluttet at afgrænse litteraturstudiet til at undersøge *effekten af borgerinddragelse som metode i relation til kost og fysisk aktivitet*. Baggrunden for at vælge disse to livsstilsfaktorer er, at det er højt prioriterede forebyggelsesområder i regeringens sundhedsprogram, bl.a. begrundet i at 20-30% af befolkningen er så fysisk inaktive, at det indebærer en sundhedsrisiko. Desuden registreres der en stadigt stigende polarisering af børn i grupper af fysisk aktive og fysisk inaktive. Og antallet af overvægtige børn er steget markant. Det sker parallelt med, at mange børn og unge får mere sukker end anbefalet gennem slik og søde drikke. Sukker udgør i dag ca. 15% af det samlede energiindtag i børns kost mod de anbefalede 10% (1).

1.2 Afgrænsning og definition af begrebet borgerinddragelse

Til brug for dette litteraturstudium har det været nødvendigt at afgrænse og definere begrebet borgerinddragelse. Hvad forstås ved begrebet borgerinddragelse? Og hvad er begrundelserne for at inddrage borgerne i sundhedsfremme generelt betragtet? Begrebsafklaringen er desuden benyttet til at præcisere de inklusionskriterier, der er anvendt ved denne undersøgelse.

Hvad forstås ved begrebet borgerinddragelse?

Begrebet borgerinddragelse defineres ofte forskelligt og tillægges forskellig betydning. Det bruges ofte synonymt med borgerdeltagelse (participation) og relateres til begreber som empowerment, dialog, indflydelse og medbestemmelse.

WHO definerer borgerinddragelse som:

»en proces, gennem hvilken borgerne bliver i stand til aktivt og reelt at involvere sig i at definere hvilke områder, der har interesse for dem, at tage beslutning om hvilke faktorer, der har indflydelse på deres liv, at formulere og implementere politikker, at planlægge, udvikle og udføre indsatser og aktiviteter samt at tage initiativer til at opnå forandring« [oversat fra] (2, s. 10).

Denne definition lægger vægt på, at borgerinddragelse er en proces og understreger borgernes aktive og reelle inddragelse i anliggender og beslutninger, der vedrører deres liv. Denne forståelse af begrebet borgerinddragelse vil danne udgangspunkt for dette litteraturstudium.

Borgerinddragelse er ikke et nyt fænomen i sundhedsfremme og forebyggelse. Borgerinddragelse (community participation) blev introduceret ved Alma Ata konferencen i 1978 af WHO og UNICEF (United Nations Children's Fund) og er siden blevet fremhævet af WHO som et kerneelement i sundhedsfremme – i Sundhed for Alle i det 21. århundrede og Lokal Agenda 21 (2, 3). Begrundelsen for borgerinddragelse er, at det sikrer, at de indsatser, der igangsættes, afspejler befolkningens reelle (sundheds-)behov, at befolkningen ved involvering, medbestemmelse, udvikling og implementering af en indsats får et 'medejerskab' til indsatsen, som kan bidrage til, at indsatsen forankres i lokalsamfundet efter en given forsøgsperiode.

Accepten af borgerinddragelse i WHO's medlemslande var bl.a. et resultat af de erfaringer, der var indhøstet i u-lande, som havde arbejdet med borgerinddragelse som metode og strategi. Ud over de nævnte begrundelser for at inddrage borgerne i løsningen af de sundhedsmæssige opgaver var en væsentlig forklaring på borgerinddragelse i u-lande, at borgerne via egne ressourcer og arbejdsindsats kunne bidrage til et ofte meget sparsomt sundhedsbudget og til udbredelsen af sundhedsydelser i lokalområder, der ellers ikke blev forsynet. Hensigten

kunne desuden være at bevidstgøre de involverede borgere, øge deres selvtilid og handlekraft i forhold til at tage vare på eget liv og sundhed – og give dem magt over eget liv (empowerment). Sidstnævnte er det punkt, der skiller opfattelsen af borgerinddragelse i to:

- Borgerinddragelse som et *middel* til sundhedsfremme
- Borgerinddragelse som et *mål* i sig selv.

Borgerinddragelse som et middel

Denne definition eller forståelse af begrebet er kendetegnet ved, at alle beslutninger vedr. en aktivitet/intervention bliver taget på centralt niveau, og borgerinddragelse betragtes som et middel til fremme af sundheden.

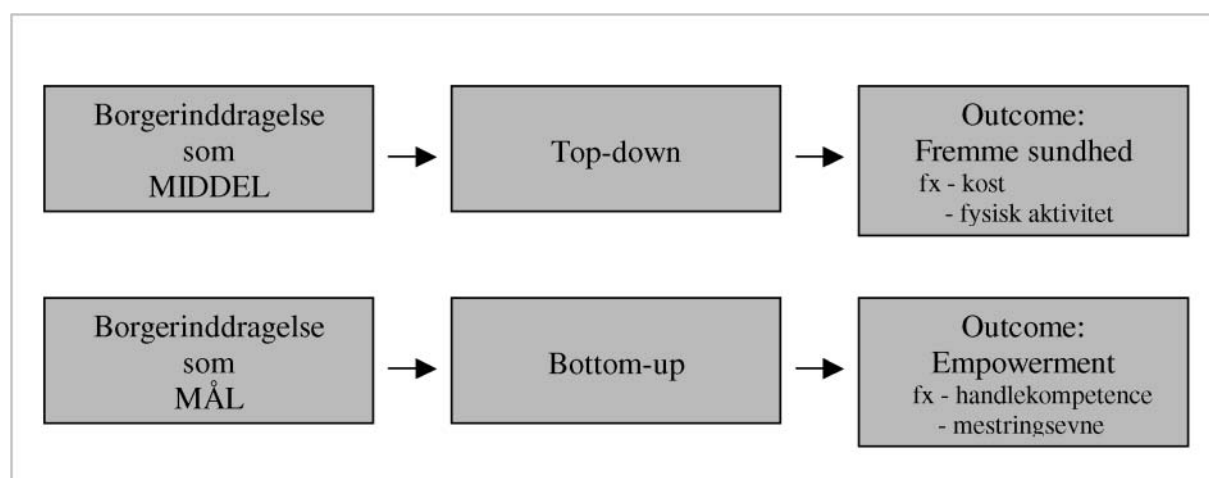
Borgerinddragelse som et mål

Ifølge denne forståelse er borgerinddragelse forbundet med opnåelse af magt eller bemyndigelse – som fx i empowerment-projekter – og kan føre til ændringer i magtforholdene i samfundet, og i yderste konsekvens til strukturelle ændringer. Befolkningsdeltagelse bliver således et mål i sig selv.

I nogle interventioner er befolkningsdeltagelse *både et mål og et middel*.

De to opfattelser afspejler også forskellige ideologier bag begrebet borgerinddragelse og forskellig praksis. Borgerinddragelse som et middel til at forbedre sundhed, ser borgerinddragelse som et middel til at opnå bedre sundhed, fx kost og fysisk aktivitet. Denne tilgang har oftest et top-down udgangspunkt, hvor myndigheder eller donorer bestemmer interventionen og rammerne for denne, som de lokale borgere deltager i løsningen af. Borgerinddragelse som et mål i sig selv udspringer derimod af en empowerment-orienteret tilgang, hvor hovedformålet ikke er en forbedring af sundheden men at bemyndige borgerne og ændre de eksisterende magtstrukturer, fx bidrage til at udligne den sociale ulighed i sundhed og i samfundet generelt (3). Når målet er empowerment, vil borgernes medbestemmelse og indflydelse oftest være stor og karakteriseret ved, at der arbejdes ud fra et bottom-up-perspektiv.

Det kan illustreres i følgende model:



I *Danmark* – og de vestlige lande – er borgerinddragelse også i fokus. Borgerinddragelse kobles her dels til udviklingen af det moderne demokrati, hvor borgerdeltagelse betragtes som en borgerret (4), dels til kvalitetssikring af de offentlige ydelser. Når borgerinddragelse kobles til demokrati, borgerrettigheder, indflydelse og medbestemmelse, kan borgerinddragelse betragtes som et mål i sig selv og relateres til empowerment – men behøver dog ikke at have det som mål. Når borgerinddragelse relateres til kvalitetssikringsprojekter, fx patienttilfredshedsundersøgelser på sygehuse, kan det ses som et middel til forbedring af sundhedsydelser og sundhed – under hensyntagen til borgernes tilfredshed og samfunds- og sundhedsøkonomiske kalkuler.

I Danmark er der inden for sundhedsfremmeområdet kun få eksempler på projekter, der har empowerment i fokus, fx Samsø-projektet – en sundhedsfremmende, borgerstyret lokalsamfundsintervention (5). Derimod inddrages borgerne i stigende grad i kvalitetssikring af de offentlige ydelser. Det ses bl.a. inden for sundhedsområdet i et stigende antal bruger- og patienttilfredshedsundersøgelser (6, 7) og inden for socialområdet i udbredelsen af fx BIKVA-modellen (BrugerInddragelse i KVALitetsudvikling) (8). BIKVA-modellen er dog et eksempel på, at borgerinddragelse kan være både et mål og et middel, idet denne metode på en og

samme gang søger at give borgerne, fx bistandsmodtagere, 'stemme' og mulighed for at påvirke de sociale ydelser, de tilbydes, og herigennem søger at forbedre og kvalitetsudvikle disse ydelser. Også inden for det boligsociale område er borgerinddragelse udbredt, fx i kvarterløftprojekterne, der har inddragelse af borgerne som et centralt udgangspunkt (9).

Uden for Danmarks grænser er der igangsat flere sundhedsfremmende interventioner baseret på borgerinddragelse, hvor væsentlige erfaringer kan forventes at komme fra den engelske regerings store satsning på det de kalder 'Health Action Zones' (HAZ). HAZ blev igangsat i 1997/98 med det formål at udvikle og implementere en strategi til reduktion af social ulighed i sundhed. Projektet er specifikt rettet mod svage og sårbare grupper i særligt udsatte områder. Der er p.t. etableret 26 zoner, som omfatter mere end 13 mio. mennesker i UK. I projektet deltager de nationale sundhedsmyndigheder, de lokale myndigheder, den frivillige og private sektor samt grupper i lokalsamfundet. HAZ bliver evalueret af et eksternt forsker-team bestående af forskere fra henholdsvis University of Glasgow, University of Birmingham og Queen Mary College. Projektet bliver bl.a. evalueret specifikt i forhold til borgerinvolvering. Interesserede kan få flere informationer om HAZ her: <http://www.haznet.org.uk>

Begrundelserne for at inddrage borgerne i sundhedsfremme generelt betragtet

Borgerinddragelse i sundhedsfremme er overordnet og ideologisk betragtet begrundet i enten hensynet til kvalitetssikring af de offentlige ydelser eller hensynet til demokrati, medbestemmelse og indflydelse som en borgerrettighed, som nævnt ovenfor. Desuden begrundes borgerinddragelse med, at deltagelsesprocessen kan fremme sundhed (15) og at borgere føler et større ejerskab over for sundhedsfremmende indsatser, de selv har deltaget aktivt i at identificere, udvikle og implementere, hvilket bidrager til, at projekter lettere forankres (2). Endvidere viser undersøgelser, at borgerinddragelse kan føre til forbedret sundhedsstatus for den enkelte (10), at borgerdeltagelse kan give selvtillid og styrke (empowerment) (5) og føre til ændringer af lokalsamfund i en sundhedsfremmende retning, fx øge trivsel og styrke sociale netværk (16, 17, 18). Et studie fra det sydlige London (Child-to-Child), der specifikt er baseret på børns inddragelse, viser, at sundhedsfremmende interventioner, som børn selv har været med til at definere og gennemføre, giver engagerede børn i forhold til at forbedre egen og andres sundhed, styrker børns samarbejdsevne og sociale relationer samt øger børns viden, selvtillid og kontrol over eget liv (32).

I dette litteraturstudium er det vigtigt at være opmærksom på, at borgerinddragelse kan have de to nævnte formål – et mere direkte sundhedsmål og et demokrati-mål (fx empowerment). Desuden er det vigtigt at erkende, at borgerinddragelse kan variere i omfang inden for disse opfattelser, afhængig af i hvilke faser af et projekt borgerne er involveret.

Analyseredskaber til studiet af borgerinddragelse

I det følgende præsenteres nogle generelle analyseredskaber til studiet af borgerinddragelse: 'Deltagelses-stigen' og 'projekt-faser', som kan bidrage til at vurdere omfanget og niveauet af borgerinddragelse.

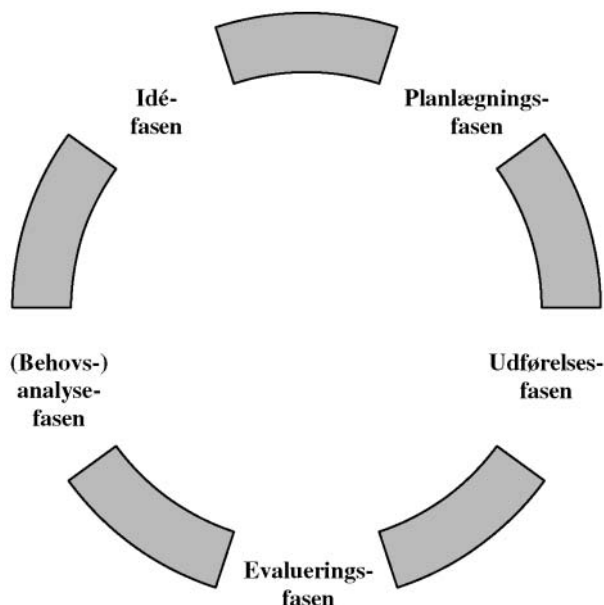
Borgerinddragelse kan også undersøges på flere niveauer: Et individuelt, et interpersonelt (fx relationer mellem grupper) og et strukturelt/organisatorisk niveau (10). Lokalsamfundsinterventioner og interventioner rettet mod en bestemt arena, fx skole eller arbejdsplads, er ofte rettet mod både den enkelte, gruppen og strukturer/organisation.

Borgernes indflydelse og medbestemmelse kan således variere meget – både i de projekter, der har borgerinddragelse som middel og i de der har borgerinddragelse som et mål. I afgrænsningen af begrebet borgerinddragelse kan det derfor være nyttigt at se på *omfanget* af borgernes involvering og i hvilke *faser* af et projekt de inddrages og har indflydelse. Figuren nedenfor illustrerer, at borgerinddragelse kan finde sted fra de første overvejelser om et projekt, dvs. fra analyse-fasen hvor behovet for en given indsats kortlægges, til evalueringsfasen.

Inddragelsen kan ske i en enkelt fase, fx i gennemførelse af interventionen, men inddragelsen kan også ske i samtlige faser, hvis borgerne er med til at definere projektet ud fra egne behov og idé-udvikle, deltage i planlægning, gennemførelse og evaluering af dette.

Ovennævnte beskrivelse af de forskellige projektfaser, som borgerinddragelse kan finde sted indenfor, illustrerer samtidig, at det kan være vanskeligt at måle borgerinddragelse videnskabeligt stringent, da det er et begreb, der på én og samme tid både kan være et middel til fremme af sundhed (input), en del af en proces og et resultat af denne udviklingsproces (outcome).

FIGUR 1. Faser i et projekt – projektcyklus



En anden måde at opgøre borgerinddragelse på er ved hjælp af »deltagelses-stigen« (the ladder-of-participation¹). Deltagelsesstigen blev udviklet af S. Arnstein i 1969 (11) og illustrerer, at borgerinddragelse kan ske på mange *niveauer*. Den kan benyttes i undersøgelser af borgerinddragelse til at analysere omfanget af borgerne deltagelse og indflydelse – og uddelegeringen af autoritet, ansvar, magt og kontrol til borgerne.

FIGUR 2. Forskellige niveauer af borgerinddragelse illustreret ved graden af kontrol og eksempler herpå

Kontrol	Borgerdeltagelse	Eksempler
Høj	Har kontrol	Organisationen beder befolkningen/lokalbefolkningen om at identificere problemet og træffer alle væsentlige beslutninger om mål og midler. Organisationens er villig til at hjælpe lokalbefolkningen på alle trin i bestræbelserne på at nå målene.
	Har uddelegeret autoritet	Organisationen identificerer og præsenterer et problem for lokalbefolkningen. Organisationens definerer grænser og beder lokalbefolkningen om at træffe en række beslutninger, der kan indgå i en plan, som organisationen kan acceptere.
	Planlægger sammen	Organisationen præsenterer en tentativ plan, som er genstand for forandring og som er åben over for ændringsforslag fra de, som påvirkes heraf. Forventer at ændre planen i det mindste lidt og måske mere senere.
	Rådgiver	Organisationen præsenterer en plan og opfordrer til spørgsmål. Er kun indstillet på at ændre planen hvis absolut nødvendigt.
	Konsulteres	Organisationen forsøger at promovere en plan. Søger at få støtte til accept eller tilstrækkelig godkendelse af planen, således at administrativ accept kan forventes.
	Modtager information	Organisationen udformer en plan og annoncerer den. Befolkningen/lokalbefolkningen er kun indkaldt for at blive informeret. Accept af planen forventes.
Lav	Ingen kontrol	Befolkningen/lokalbefolkningen informeres ikke.

Kilde: Tilpasset efter Brager & Sprecht, i: (2)

1. 'The ladder-of-participation' er blevet benyttet og videreudviklet af mange, fx Brager & Sprecht, hvis version er benyttet i denne undersøgelse. 'Deltagelses-stigen' benyttes fx også – i en tilpasset og elaboreret form – til forskning i skolebørns deltagelse. 'The ladder-of-children's-participation' er udviklet af R. Hart, 1992 (12). Se også B.B. Jensen, K. Schnack & V. Simovska, 2000 (13).

Der kan også skelnes mellem den *offentligt initierede* borgerinddragelse og den *borgerinitierede* deltagelse. Den borgerinitierede deltagelse er kendetegnet ved, at borgerne *selv* og *på eget initiativ* søger at påvirke fx politiske beslutninger. Det kan ske *inden for* lovens rammer, fx ved at deltage i borgermøder og offentlige høringer, eller *uden om* de lovmæssige muligheder, fx ved demonstrationer, underskriftindsamlinger og besættelser. Den *offentligt initierede*, der inden for sundhedsområdet også kan være initieret af private og frivillige organisationer, er kendetegnet ved, at borgerne *opfordres* eller *inviteres* til at deltage i fx et sundhedsprojekt.

Endelig kan der skelnes mellem *direkte* og *indirekte* borgerinddragelse. Den direkte borgerinddragelse er karakteriseret ved dialog og borgernes direkte deltagelse og den indirekte ved at borgerne er 'passive' informanter, der leverer oplysninger (data) på sundhedsvæsenets præmisser, som fx ved postomdelte patienttilfredshedsundersøgelser (14).

Opsummerende skal understreges, at borgerinddragelse ikke er et entydigt begreb, der kan opgøres og (effekt-)vurderes på én måde. Ovennævnte 'redskaber' kan bidrage til at præcisere typen af borgerinddragelse og vurdere omfanget: Er borgerinddragelsen et middel, et mål eller både-og? Er det et input, en del af en proces eller resultatet af en proces? Er den rettet mod den enkelte borger, grupper, lokalsamfundet eller mod struktur/organisation? Sker borgerinddragelse i alle faser af et projekt eller kun i udviklingsfasen eller i interventionsafprøvningen? Og i hvilket omfang uddelegeres kontrol til målgruppen? Er borgerinddragelsen direkte eller indirekte? Og er den offentligt eller privat initieret?

Dette litteraturstudium er afgrænset til at undersøge, om borgerinddragelse som metode har positive effekter på befolkningens fysiske aktivitet og kost – fx vaner, adfærd, viden, holdninger –, og om der er dokumenteret effekt. Det vil med andre ord sige, at det primært er borgerinddragelse som *middel* til fremme af sundhed, der er i fokus. Nogle sundhedsprojekter har dog både borgerinddragelse som mål og et middel, fx projekter inden for den sundhedsfremmende skole, der vægter demokratisering af børn og unge højt. I det omfang disse projekter (også) er rettet mod kost og/eller fysisk aktivitet, vil de blive inkluderet. Desuden er opgaven afgrænset til at undersøge borgerinddragelse, kost og fysisk aktivitet inden for feltet sundhedsfremme. Det er endvidere primært den direkte borgerinddragelse, der er i søgelyset, hvilket betyder, at sygehusvæsenet, herunder patientinddragelse i form af bruger- og patientundersøgelsen, ikke er inddraget i litteraturstudiet. Desuden er erfaringer fra andre sektorer, der arbejder med borgerinddragelse, fx socialsektoren, det boligsociale område og ulandsforskning, ikke medtaget i litteraturstudiet.

2 Målgruppe for metoden

Målgruppen for metoden kan være både børn, unge, voksne, ældre, men også udsatte eller marginaliserede grupper. Sidstnævnte grupper kræver dog, at der arbejdes meget bevidst med involvering af disse.

3 Forebyggelsesmiljøer, hvor metoden kan anvendes

Borgerinddragelse som metode kan benyttes i større lokalsamfundsinterventioner, i interventioner rettet mod bestemte arenaer fx skole og arbejdsplads og i mindre projekter.

4 Beskrivelse af metoden

Indledningsvis skal nævnes, at det i denne litteratursøgning *ikke* er lykkedes at identificere artikler, der har *direkte* fokus på borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme *relateret til kost og fysisk aktivitet*. De relevante artikler, der blev identificeret, omhandler især lokalsamfundsinterventioner og skolebaserede interventioner rettet mod kost og/eller fysisk aktivitet. Den type interventioner vedrører ikke alene borgerinddragelse, men de baseres ofte – mere eller mindre direkte – på borgernes deltagelse og involvering. Desuden er der i litteraturstudiet primært søgt efter reviews, efter aftale med opdragsgiver, dvs. artikler der sammenstiller og vurderer viden og resultater fra flere interventioner rettet mod det samme formål, fx effekten af skolebaserede interventioner rettet mod kost. Sådanne litteratursammenfatninger (reviews) er kendetegnet ved, at de beskriver flere interventioner på tværs, på et overordnet niveau og med hovedvægt på de frembragte resultater. Det betyder modsat, at de interventioner, der indgår i en litteratursammenfatning, sjældent beskrives i detaljer. Det har gjort det vanskeligt at vurdere, hvordan borgerne har været inddraget, omfanget af borgerinddragelse og eventuelle metoder anvendt til formålet – da borgerinddragelse som nævnt ikke var udgangspunktet for disse litteratursammenfatninger, men derimod kost og fysisk aktivitet. Litteratursøgningen blev derfor udvidet i bestræbelserne på at finde relevant litteratur, som kunne kaste mere lys over borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme i relation til kost og fysisk aktivitet – og effekten heraf. Det har resulteret i lokalisering af enkelte relevante artikler. For en mere detaljeret beskrivelse af litteratursøgning henvises til bilag 1.

I det følgende gives der indledningsvis en kort præsentation af karakteristika for henholdsvis lokalsamfundsinterventionerne og skoleprojekterne, som et udgangspunkt for at forstå indhold og formål med disse interventioner. Dernæst vil de borgerinddragelsesmetoder, der er benyttet i de inkluderede skole- og lokalsamfundsinterventioner, blive præsenteret.

Karakteristika for lokalsamfundsinterventioner

Lokalsamfundsinterventioner kan opdeles i tre typer (22):

1. Lokalsamfundsinterventioner i *stor skala, målrettet alle i lokalsamfundet*
2. Lokalsamfundsinterventioner *rettet mod specifikke målgrupper*, fx særligt udsatte i et lokalområde
3. Lokalsamfundsinterventioner *rettet mod specifikke arenaer*, fx arbejdsplads og skole.

I dette litteraturstudium indgår interventioner i stor skala målrettet alle i et lokalområde og arenaspecifikke interventioner – begge typer rettet mod kost og/eller fysisk aktivitet.

Hovedargumentet for at intervenere på lokalsamfunds niveau eller i en bestemt arena som skole eller arbejdsplads, er, at man kan nå mange, og at 'målgruppen' er samlet på et sted under de samme strukturer. Lokalsamfundsinterventionerne benytter med andre ord en befolkningsrettet strategi rettet mod alle inden for et område, modsat en højrisikostrategi hvor indsatsen er rettet mod en mindre højrisikogruppe, fx overvægtige. Fortalere for den befolkningsrettede strategi fremhæver også et økonomisk argument: Ved at målrette indsatsen mod hele lokalbefolkningen er der større sandsynlighed for at nå en større procentdel af fx de fysisk inaktive for antageligt færre udgifter pr. person.

Det primære formål med lokalsamfundsinterventioner er ikke adfærsændringer på det individuelle niveau, men ændringer på lokalsamfunds niveau – i det lokale miljø. Hvis rammerne og miljøet er befordrende og indbyder til det, bliver det fx nemmere at være fysisk aktiv. Lokalsamfundsinterventioner søger også at påvirke sociale netværk, lokalområdets normer samt politik og lovgivning for at sikre langtidsvirkninger. Fælles for lokalsamfundsinterventionerne er desuden, at de typisk retter indsatsen mod flere komponenter fx kost, fysisk aktivitet og rygning – dvs. at de er multi-komponente.

Lokalsamfundsinterventioner i stor skala er ofte rettet mod et bestemt lokalområde fx et boligområde. Der benyttes ofte mange forskellige metoder og strategier til implementering af interventionen, fx massemedier som lokalradio og lokal-TV, foldere og andre oplysningsmidler. Direkte, personlig rådgivning fra professionelle indgår også i nogle interventioner. Men der anvendes også strategier målrettet organisering og mobilisering af lokalbefolkningen, som involverer borgerne mere direkte fx nedsættelse af lokale borgergrupper og lokale gå-tur-grupper (bydel/kvarter). Sidstnævnte strategi fordrer både viden om og erfaring med organisering og mobilisering af større grupper.

De skolebaserede interventioner består ofte af: 1) klasseundervisning, 2) inddragelse af skolemiljøet/lokalsamfundet, fx elever, lærere, forældre og kantinepersonale, 3) efteruddannelse af lærere/professionelle og 4) etablering af politikker/forandring af omgivelserne, rammer og vilkår.

Begrundelserne for at sætte ind på skoleniveau er – ud over argumentet om at det giver let adgang til en større gruppe inden for samme struktur –, at skolebaserede interventioner har en økonomisk fordel, idet de kan designes, så de 'passer ind' i skolens infrastruktur og kan benytte allerede eksisterende ressourcer fx lærerne til at implementere interventionen (25). Et andet argument er, at det er vigtigt at sætte ind så tidligt som muligt i forhold til indlæring af fx gode fysiske aktivitets- og motionsvaner, og her er skolen en oplagt arena. Dette argument bakkes op af resultater fra nogle af de skoleundersøgelser, der har undersøgt langtidseffekten af en intervention, målt ved omfanget af fysisk aktivitet i fritiden (uden for skolen) (25).

Grundet de sparsomme fund vedr. specifikke metoder til borgerinddragelse i relation til kost og fysisk aktivitet, vil der i det efterfølgende først blive præsenteret generelle metoder til borgerinddragelse i sundhedsfremme. Dernæst vil metoder til borgerinddragelse knyttet til specifikke faser i et projekt blive præsenteret. Under sidstnævnte præsentation vil der blive givet eksempler på både generelle metoder til borgerinddragelse, og metoder der er knyttet specifikt til kost og/eller fysisk aktivitet.

Generelle metoder til borgerinddragelse i sundhedsfremme

Borgerinddragelse kan overordnet opdeles i *direkte* og *indirekte* metoder. De direkte metoder er karakteriseret ved borgernes direkte deltagelse og dialog som fx i fokusgrupper, og de indirekte metoder er karakteriseret ved, at borgerne er 'passive' informanter som i eksempelvis spørgeskemaundersøgelser. Overgangen mellem disse metoder er dog glidende og afhængig af, hvordan metoderne anvendes. Fx kan et borgermøde inddrage borgerne aktivt ved at bede alle deltagere om at nedskrive og aflevere deres ideer til kommunens kommende sundhedsplan og opfordre borgerne til at blande sig i debatten. Men et borgermøde kan også afholdes uden at inddrage de deltagende borgere som et orienteringsmøde om kommunens kommende sundhedsplan og dens forventede indhold, ledet af politikere eller embedsmænd.

Metoder til borgerinddragelse er mangfoldige, og i princippet kan alle metoder til kommunikation og dialog mellem grupper benyttes, fx dialogcirkler, fokusgrupper, studiekredse, workshops, fremtidsværksteder, brugerpaneler, café-metoden m.fl. Disse metoder er *ikke* knyttet til specifikke livsstilsområder, arenaer eller målgrupper. Men de kræver, at man behersker de teknikker, som knytter sig til metoden, og anvender dem under hensyntagen til formål og målgruppe. Metoder til motivering og organisering af en gruppe kan i den henseende også være nyttige.

Metoder til borgerinddragelse knyttet til specifikke faser i et projekt

Nogle metoder er knyttet til bestemte faser i et projekt, jf. fig. 1, side 8. I det følgende vil der blive givet eksempler herpå. Eksemplerne belyser både generelle metoder til borgerinddragelse og borgerinddragelsesmetoder, som er knyttet specifikt til området kost og/eller fysisk aktivitet.

Metoder til borgerinddragelse i analyse-, idé- og planlægningsfasen

Involvering af borgerne i analyse-, idé- og planlægningsfasen af et projekt vurderes som vigtig af flere årsager. Dels for at sikre at projektet afspejler borgernes reelle behov, dels for at skabe (med)-ejerskab til projektet eller for at have en solid dokumentation for sundhedsinterventionen, bl.a. som grundlag for senere evaluering og vurdering af indsatsen. Der er udviklet specifikke metoder til formålet, fx '*arbejdsbog-metoden*' der er benyttet i et lokalsamfundsprojekt i et stort, socialt belastet boligområde, Sundsvall i Sverige. Sundsvall-projektet blev igangsat i 1990 og kører stadig, nu som et kooperativ. Første step i projektet var at finde en troværdig og stærk person fra lokalområdet, som kunne medvirke i processen. En kvinde med fem børn, som havde boet i bebyggelsen i 20 år, blev ansat og stod for at gennemføre arbejdsbog-metoden, der blev benyttet som opstart på projektet. Metoden bestod i, at hver eneste husstand blev interviewet. Beboerne skulle notere, hvad de var utilfredse med og komme med forslag til forbedringer og hvem, der ville kunne gennemføre dem. Det skete for at få dokumenteret, hvad beboerne ønskede, så de ikke følte, noget blev trukket ned over hovedet på dem. Projekter havde der været nok af i bebyggelsen uden stor succes, så der var megen skepsis blandt beboerne. På baggrund af disse interviews blev der i processen udarbejdet fire rapporter, de såkaldte arbejdsbøger, som projektet har taget afsæt i (16, 19). Metoden er tidskrævende og kan skabe frustrationer men er, ifølge projektlederne, også en succes, der dog kræver, at myndighederne responderer behørigt på de ideer, der opstår. Interesserede kan se mere under: http://www.euro.who.int/healthy-cities/Documentation/20010927_7

En anden benyttet metode i analyse- og planlægningsfasen er *lokalsamfundsanalyser og behovsanalyser* (need assessment), der kan gennemføres hurtigere end 'arbejdsbog-metoden'. Begrundelserne for at anvende lokalsamfundsanalyser og inddrage borgerne i kortlægning og planlægning er, at disse analyser kan give værdifulde informationer om lokalsamfundets og borgernes behov, ressourcer, potentialer samt barrierer for forandring, og samtidig øge borgernes engagement i og ejerskab til interventionen. Der findes forskellige typer af lokalsamfunds- og behovsanalyser. Et eksempel herpå er lokale *sundhedsprofiler*, der er alment kendte i Danmark. De lokale sundhedsprofiler er ofte baseret på en spørgeskemaundersøgelse, hvor borgerne kun indirekte inddrages. Disse sundhedsprofiler kan også være det første step i det, der kaldes '*hurtig vurdering*' (*rapid appraisal*), som ud over sundhedsprofilen kan bestå af, at der efterfølgende nedsættes et panel (bestående af kerneinformanter), som indsamler og bearbejder information, der fx præsenteres ved en to-dages konsensus-workshop. Slutproduktet kan være en lokal sundhedshandleplan. Denne model kan variere i udformning og omfang. Inden et forslag til handleplan implementeres, er det vigtigt, at forslaget præsenteres og drøftes med interessenterne/målgrupperne (2). Oprindeligt udspringer disse 'hurtige vurderinger' fra u-landsforskning og -praksis, hvor de ud over kortlægning af de lokale sundhedsbehov også har den vigtige funktion at mobilisere, involvere og engagere lokalbefolkningen i et givent projekt. Flere benytter også *fokusgrupper* med interessenter i kortlægnings- og planlægningsfasen.

En artikel anbefaler en model, der er specifikt rettet mod fremme af fysisk aktivitet. Den anbefaler, at der udformes fire forskellige profiler i analysefasen: '*En lokalsamfundsprofil*' vedr. demografi og socioøkonomiske forhold, '*en sundhedsprofil*' vedr. lokalbefolkningens sundhed og sygelighed, '*en adfærdsprofil*', der kortlægger befolkningens vaner, adgang til og barrierer i forhold til fysisk aktivitet og '*en service profil*', der kortlægger hvordan sports- og fritidsaktiviteter er organiseret og brugt i lokalområdet af både børn, unge, voksne, ældre, syge og handicappede. Profilerne kan baseres dels på statistik, dels på interviews med kerneinformanter og fokusgrupper, og vurderes som et vigtigt redskab til frembringelse af den nødvendige information om behov, ressourcer og potentialer for forandring af fysisk aktivitet i lokalsamfundet (20).

Et canadisk projekt, der har til formål at maksimere børns fysiske aktivitet (3-8 år) i et multietnisk og socialt differentieret område, har forud for interventionen udviklet og afprøvet en model til involvering af lokalbefolkningen i kortlægning og planlægning af denne. En model, der vægter *inddragelse af alle relevante parter og interessenter* højt, fra forældre, fagpersoner, skoler, børneinstitutioner til foreninger. Der blev gennemført *interview* af en 1/2 times varighed pr. person med fagpersoner og institutioner samt *fokusgrupper* med forældre opdelt efter etnisk herkomst. Desuden var der forud for disse foretaget litteraturstudier vedr. effektive interventionsdesign til fremme af fysisk aktivitet blandt børn (21).

Metoder til borgerinddragelse i udførelses- og implementeringsfasen

I det følgende gives der først eksempler på metoder til borgerinddragelse i lokalsamfundsinterventioner i stor skala, dernæst i skoleinterventioner. (Resultaterne heraf vil først blive præsenteret under kapitel 5).

Stanford Five-City Project i Nord Californien startede i slutningen af 1970'erne. Det er et stort lokalsamfundsprojekt med fokus på forebyggelse af hjertekarsygdom. Efter 6 års intervention kunne der registreres positive effekter i interventions-lokalsamfundene i forhold til kontrol-lokalsamfundene. En af de borgerinddragelsesmetoder, der bliver fremhævet, er udvikling af en lokal koalitionsgruppe (community coalition) som et nyttigt første skridt i retning af at skabe en organisatorisk struktur i lokalsamfundet til støtte for aktiviteter i lokalområderne. Andre metoder, der nævnes, som involverer borgerne, er etablering af en arbejdsgruppe og borgeraktiviteter for at styrke samarbejdet om fysisk aktivitet i lokalsamfundet fx lokale gå-tur-grupper (bydel/kvarter). I løbet af projektets 5. og 6. år blev aktiviteterne også målrettet arbejdspladser i området via arbejdspladskonkurrencer (Coming Alive), som promoverede regelmæssig fysisk aktivitet. Både de lokale borgerinvolverende aktiviteter og arbejdspladsinterventionerne vurderes som meget effektive.

Et andet lokalsamfundsprojekt – SUPER projektet (The European Food and Shopping Research Project) – blev gennemført i fem europæiske byer i perioden 1989-97. Byerne var med i det internationale Sund By Netværk. Formålet med projektet var at afprøve WHO's sundhedsfremme-principper i praksis i lavindkomst-områder. Fra Danmark deltog Horsens i projektet, men det er erfaringerne fra Liverpool, det følgende baseres på. I Liverpool var en af de borgerinddragelsesmetoder, der blev benyttet, *ansættelse af lokale borgere* (lay-food workers). De blev ansat i 1996 efter flere års fejlslagen indsats. Deres rolle var at fungere som '*kulturformidlere/mæglere*' (culture brokers) mellem sundhedsmyndigheder og borgerne, da de bedre kunne forstå de lokale borgere og bedre kunne sætte sig ind i, hvorfor de fx ikke bare følger rådene om sund kost. Formålet var bl.a. også, at kulturformidlerne skulle gøre det lettere for de socialt udsatte at henvende sig til de offentlige

myndigheder. Gode resultater med de lokale kulturformidlere har medført, at sundhedsmyndighederne i Liverpool nu permanent støtter ordningen.

I forhold til *skolebaserede interventioner* kan der gives følgende eksempler på metoder til borgerinddragelse i udførelses- og implementeringsfasen. Disse metoder vedrører især inddragelse af *familien/forældre*, da de anses som en vigtig målgruppe i relation til ændring af børns adfærd. Der peges dog på, at forældres indflydelse i forhold til kost er størst blandt de yngste skolebørn – op til 11-års alderen (indskolingen) (26).

CATCH-projekt (The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health) er den mest omfangsrige skoleintervention i USA indtil videre. Projektet er rettet mod kost og fysisk aktivitet i 3.-5. klasse (og rygning i 5. klasse) og er udformet som et case-kontrolstudie. CATCH-projektet havde også en familie-komponent, da familieinvolvering blev vurderet som vigtig for at sikre langtidsvirkningen af en given ændret sundhedsadfærd blandt børn. Undersøgelsen blev gennemført i fire stater i USA. I hver stat indgik 14 interventionsskoler, syv skoler som fik interventionen med 'familiepakken' og syv som fik den uden 'familiepakken' samt ti kontrolskoler, i alt 96 skoler. Det vil sige, at i 28 skoler blev interventioner gennemført sammen med 'familie-pakken'. Metoden til involvering af familien, familie-komponenten, bestod af '*hjemmeopgaver*', som skulle løses af familien sammen og '*Happy-Fun-aftener*' for familien. Hjemmeopgaverne forløb i 3. klasse over en 5 ugers periode og i 4. klasse over en 6 ugers periode. Opgaverne blev delt ud ugentligt af lærere og blev 'belønnet' efter graden af familiens deltagelse. 'Happy-Fun-aftener' blev afholdt som afslutning på hjemmeopgaverne. Ved 'Happy-Fun-aftenerne' spiste familierne sammen med lærerne på skolen, og der blev gennemført mange forskellige aktiviteter med fokus på sund kost og fysisk aktivitet – en slags mini sundhedsmarked. Arrangementerne var økonomisk omkostningsfrie for familierne.

APPELS-projektet (Active Programme Promoting Lifestyle Education in School) er et skoleprojekt rettet mod 7-11-årige i Leeds, England. Interventionen var rettet mod overvægt, herunder kost og fysisk aktivitet, men blev målrettet alle elever, ikke kun de overvægtige. Projektet tog udgangspunkt i principperne for Den Sundhedsfremmende Skole og var målrettet både elever, lærere, forældre, kantinepersonale og lokalsamfund. Det blev gennemført i skoleåret 1996/97. Projektet var designet som en randomiseret, kontrolleret undersøgelse. Der var inkluderet ti skoler i projektet; fem interventionsskoler og fem kontrolskoler. Interventionen bestod af: 1) uddannelse af lærere, 2) ændring af kantinens udbud, 3) udvikling af handleplaner for skolen, 4) undervisning om sund mad og fysisk aktivitet og 5) udendørsaktiviteter.

Forældre (og lærere) blev inddraget i analysefasen af projektet via en *spørgeskemaundersøgelse*, hvor de blev spurgt om vigtigheden af kost og fysisk aktivitet, og hvem der har ansvar for disse områder. Endvidere blev forældrene spurgt om, hvilke forandringer de gerne ville se i skolen, og hvilke informationer de gerne ville modtage. Svarerne blev brugt til at udvikle skolens handlingsplan, som var en af de komponenter, interventionen bestod af. *Besvarelsesprocenten* (64%) af disse spørgeskemaer blev taget som et udtryk for forældrenes opbakning af projektet. Forældrene fik feedback på spørgeskemaerne og oplysninger om ændringer i skolen i løbet af interventionsåret (28a).

Forældreinddragelse er således anvendt som metode i flere skole- og lokalsamfundsinterventioner. Et studie/review af 29 interventioner (22 skoleinterventioner og 7 lokalsamfundsinterventioner) rettet mod fysisk aktivitet blandt unge, gennemført i perioden 1980-97, viser, at 7 ud af de 22 skolebaserede interventioner havde forældreinddragelse som en komponent i interventionen. For lokalsamfundsinterventioner havde 2 ud af 7 forældreinddragelse som en komponent. Men forældreinddragelse indgik ikke som et resultat, der blev opgjort og vurderet. Det anbefales dog i reviewet, at programmer og ressourcer til familiedeltagelse fremmes.

Det er en anbefaling, der falder i tråd med én af de ti anbefalinger, som Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA er kommet med om involvering af forældre i skole- og lokalsamfundsprogrammer til fremme af livslang fysisk aktivitet blandt unge (30). CDC's anbefalinger er baseret på en gennemgang (review) af forskning, teori og aktuel praksis og er udviklet i et samarbejde med eksperter fra universiteter, stat, forbundsstater og frivillige organisationer. CDC har tilsvarende udviklet syv anbefalinger vedr. skoleinterventioner til fremme af livslang sund kost (26), hvoraf én vedr. forældreinvolvering. Disse anbefalinger giver også eksempler på, hvorledes forældre kan inddrages. Eksempelvis nævnes i relation til både kost og fysisk aktivitet, at forældre kan inddrages ved, at skolelærere via eleverne giver familien '*hjemmeopgaver*', som børn og forældre skal udføre sammen – en metode, der blev benyttet ved CATCH-projektet. En anden metode, der nævnes, er, at de forældre, der er uddannede inden for området fysisk aktivitet, kan bidrage som *frivillige instruktører* eller *trænere* i det lokale sundhedsfremmende arbejde. CDC understreger, at det er vigtigt, at forældrene fungerer som rollemodeller for deres børn i forhold til både kost og fysisk aktivitet.

Metoder til borgerinddragelse i evalueringsfasen

I evalueringsfasen kan der benyttes mange forskellige metoder til inddragelse af borgere, lige fra *spørgeskemaer* til *individuelle interview* og *fokusgrupper*. I APPELS-projektet havde eleverne eksempelvis en stor rolle i evalueringsfasen, idet 320 af 634 børn deltog i 80 *fokusgrupper* (28b).

WHO har indsamlet erfaringer vedr. metoder og teknikker til borgerinddragelse i det lokale sundhedsfremmende arbejde (2). Publikationen har fokus på borgerinddragelse generelt, ikke specifikt på kost og fysisk aktivitet. I publikationen gives konkrete eksempler på hvor og hvordan borgerinddragelsesmetoderne har været anvendt og resultaterne heraf. Interesserede kan få adgang til publikationen her: <http://www.euro.who.int/document/e78652.pdf> Så vidt undertegnede kan vurdere, har der ikke været stillet krav om videnskabelig evidens til resultaterne.

5 Dokumentation af metodens effekt og vurdering af dokumentation

Som nævnt i forrige kapitel, er det i denne litteratursøgning *ikke* lykkedes at identificere artikler, der har *direkte* fokus på borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme *relateret til kost og fysisk aktivitet*. De relevante artikler, der blev identificeret, omhandlede især lokalsamfundsinterventioner og skolebaserede interventioner rettet mod kost og/eller fysisk aktivitet – hvor målet ikke var borgerinddragelse, men derimod at forbedre målgruppens kost og/eller fysisk aktivitet. Interventionerne er dog ofte baseret på lokalbefolkningens deltagelse, men oftest som et middel til at nå målet: En sundere kost og forbedret fysisk aktivitet. Det har gjort det vanskeligt at vurdere effekten af borgerinddragelse som metode i kost og fysisk aktivitet.

Et andet forhold, der har gjort det vanskeligt at vurdere effekten af borgerinddragelse i relation til kost og fysisk aktivitet, er, at dette litteraturstudium er baseret på reviews. I reviews bliver flere interventioner rettet mod det samme formål sammenstillet og vurderet. Reviews er oftest en ideel måde til vurdering af effekt på et givent felt og er en anerkendt videnskabelig metode benyttet til formålet (af fx Cochrane Collaboration og Campbell Collaboration), men når de interventioner, der undersøges, er multikomponente og omfattende, som tilfældet typisk er med skole- og lokalsamfundsinterventioner, betyder det, at den enkelte intervention sjældent beskrives i detaljer og ej heller de anvendte metoder.

Dertil kommer, at det kan være vanskeligt at måle effekten af multi-komponente interventioner, som skole- og lokalsamfundsinterventioner. Det er derfor en generel anbefaling, at der specifikt (effekt)måles på de enkelte komponenter, fx kost-komponenten, da det ellers kan være svært at vurdere, hvorfor et multikomponent projekt har succes eller ikke har det. Mange af de store interventioner vedr. kost og/eller fysisk aktivitet, som indgår i dette studie, er udformet som randomiserede, kontrollerede undersøgelser. Dvs. at der er foretaget særskilte undersøgelser af indsatser vedrørende kost eller fysisk aktivitet. Der foreligger således valide resultater på specifikke områder fra disse interventioner – især fra USA og Finland, som har mange års erfaring med lokalsamfundsinterventioner (23). Men det er effekten på kost eller fysisk aktivitet, der opgøres og vurderes, ikke effekten af borgerinddragelse.

I det omfang det har været muligt at lokalisere borgerinddragelsesmetoder i de inkluderede reviews, er de blevet præsenteret i kapitel 4. Og i det følgende vil de benyttede borgerinddragelsesmetoders effekt blive søgt vurderet.

5.1 Lokalsamfundsinterventioner i stor skala – og effekten af borgerinddragelse

I Stanford Five-City Project i Nord Californien kunne der efter 6 års intervention registreres positive effekter i interventions-lokalsamfundene i forhold til kontrol-lokalsamfundene. Et af de elementer, der blev fremhævet som havende en positiv effekt, var: Udvikling af en lokal koalitionsgruppe (community coalition), der blev vurderet som nyttig i udvikling af en organisatorisk struktur i lokalsamfundet til støtte for aktiviteter i lokalområderne. Andre elementer, der kan knyttes til borgerinddragelse, var etablering af en arbejdsgruppe og borgeraktiviteter fx de lokale gå-tur-grupper (bydel/kvarter). De lokale gå-tur-arrangementer fremhæves som en succes, idet de havde næsten 1000 deltagere (23). I artiklen nævnes kun det absolutte tal. Resultatet opgøres ikke i en deltagelsesprocent i forhold til fx antallet af borgere i lokalområdet.

Et andet element i Stanford Five-projektet, der var baseret på borgernes deltagelse, var aktiviteter målrettet arbejdspladser i området via arbejdspladskonkurrencer (Coming Alive) – aktiviteter, der promoverede regelmæssig fysisk aktivitet. Arbejdspladskonkurrencerne resulterede i en betydelig øgning i fysisk aktivitet samt øget fysisk form blandt de ansatte. Øget fysisk form og fysisk udholdenhed blev testet via en tre minutters step-test, og via måling af kropsfedt-procenten ved en 'skinfold'-test. Der blev sammenlignet med kontrolarbejdspladser (22). Arbejdspladsprogrammet involverede 87 arbejdspladser og havde ca. 3000 deltagere (23). Der er igen tale om opgørelser i absolutte tal, ikke procentvise opgørelser relateret til fx det totale antal arbejdspladser eller det totale antal ansatte i lokalområderne. Der er ikke nærmere beskrivelser af hvilke metoder, der er blevet benyttet til inddragelse af borgernes og medarbejderne på arbejdspladserne, så deres indflydelse på projektet og processen kan ikke vurderes.

Det er i øvrigt hovedindtrykket – efter en gennemgang af den inkluderede litteratur – at der oftest benyttes

kvantitative metoder, som spørgeskemaundersøgelser, eller individuelle fysiske målinger, som fx 'skinfold'-test ved vurdering af effekten af disse interventioner, og ikke så hyppigt foretages procesevalueringer.

I SUPER projektet (The European Food and Shopping Research Project), der blev gennemført i fem europæiske byer i perioden 1989-97, viste erfaringerne fra Liverpool, at ansættelse af lokale borgere (lay-food workers), som 'kultur-formidlere/mæglere' mellem sundhedsmyndigheder og borgerne gav så gode resultater, at sundhedsmyndighederne i Liverpool nu støtter ordningen permanent. Det er dog ikke beskrevet i artiklen, på hvilket grundlag succesen med kulturformidlerne er målt eller vurderet.

Erfaringerne fra Liverpool viste også, at borgerdeltagelse var svært at opnå i praksis. Det var svært at motivere lokalbefolkningen til involvering i aktiviteter eller programmer til fremme af fx sund mad. Manglen på involvering begrundes delvist i de fejl, som projektet gjorde de første år op til 1996. Fx havde projektet ikke reelt involveret borgerne i at definere de lokale behov (i kortlægnings- og analysefasen), som skulle sikre borgerne medejerskab og aktiviteternes 'overlevelse'. Der var bl.a. blevet benyttet et spørgeskema til kortlægning af de lokale behov forud for interventionen (blandt 1500 husstande i 4 lokalområder, i alt 6000 + interviews med 35 nøglepersoner i lokalområdet), men borgene havde ikke selv bidraget til at definere spørgsmålene hertil, hvilket antages at være en af forklaringerne på borgernes manglende engagement og følelse af medejerskab. Desuden fandtes der ikke et effektivt system til organisering af den lokale indsats (i udførelses- og inplementeringsfasen). Det fremhæves, at en deltagelsesorienteret tilgang, der er en tidsmæssig langstrakt proces, kun kan gennemføres, hvis der er organisatorisk opbakning – der desuden helst skal være forankret i organisationens politik. Det vurderes også som en hjælp, hvis politisk støtte fra det lokale niveau understøttes af en national politik. Denne vurdering er baseret på, at arbejdet blev lettere fra 1997/98, hvor der kom en ny regering i UK, som støttede sundhedsfremme, større befolkningsdeltagelse og partnerskaber for at forbedre sundheden (24).

5.2 Skolebaserede interventioner – og effekten af målgruppernes inddragelse fx forældre

CATCH-projektet (The Child and Adolescent Trial for Cardiovascular Health), et case-kontrolstudie, har vist, at der er gode effekter ved en opfølgningsundersøgelse 3 år efter interventionens afslutning. CATCH III-opfølgningsundersøgelsen, der blev gennemført blandt elever fra 8. klasse (kohorte), viste, at der efter 3 år stadig kunne måles en positiv effekt i ændringen af den fysiske aktivitet, som foregik uden for skolen. CATCH-interventionen havde også en familie-komponent, der var udformet som en randomiseret undersøgelse, hvori der indgik i alt 28 interventionsskoler, som fik 'forældrepakken', og 28 som ikke fik den samt 40 kontrolskoler. Forældre-komponenten bestod, som beskrevet i kapitel 4, af 'hjemmeopgaver', som skulle løses af familien sammen, og 'Happy-Fun-aftener' for familien. Der er foretaget en procesevaluering af familieinvolveringen, som for 'hjemmeopgaverne' blev opgjort ved hjælp af et pointsystem ('score'-kort), som blev indsamlet efter hver uges hjemmeaktiviteter. Familiernes deltagelse i 'Happy-Fun-aftenerne' blev opgjort i omfanget af deres deltagelse. Målet var at minimum 50% af familierne deltog. Resultatet viste, at i alt 64% af familierne deltog (27).

APPELS-projektet (Active Programme Promoting Lifestyle Education in School) var designet som en randomiseret, kontrolleret undersøgelse. Der var inkluderet ti skoler i projektet; fem interventionsskoler og fem kontrolskoler. Forældre (og lærere) blev inddraget i analysefasen af projektet via en spørgeskemaundersøgelse, hvor de blev spurgt om, hvilke forandringer de ønskede at se implementeret i skolen, og hvilken information de gerne ville modtage. Også i denne undersøgelse blev besvarelsesprocenten (64%) af spørgeskemaundersøgelsen taget som et udtryk for forældrenes opbakning af projektet. Forældrene fik feedback på spørgeskemaerne og oplysninger om ændringer i skolen i løbet af interventionsåret (28a). Eleverne havde en stor rolle i evalueringsfasen, hvor 320 af 634 børn deltog i 80 fokusgrupper (28b).

Det fremhæves som en overordnet konklusion, at APPELS-projektet opnåede en høj grad af deltagelse fra både skoler, ansatte (lærere m.fl.), forældre og børn. Projektets resultater (der også er vurderet i et Cochrane-review) viser bl.a., at projektet var succesfuldt i forhold til at: 1) skabe forandringer på skoleniveau, 2) ændre på skolens grundindstilling (etos) og 3) elevernes holdninger. Derimod havde projektet kun en begrænset effekt på elevernes adfærd i form af en beskedent øgning i indtaget af grøntsager (28a, 28b, 29). Indtaget af grøntsager var dog højere hos børnene i interventionsgruppen end i kontrolgruppen – målt ved en kosttjekliste over mad- og drikkevarer indtaget inden for de sidste 24 timer (24-timers recall). Desuden indikerede resultaterne fra fokusgrupperne et højere niveau af adfærdsændringer, større forståelse og viden om kost og fysisk aktivitet hos børn fra interventionsgruppen end i kontrolgruppen (28b).

I artiklen diskuteres de metodiske usikkerheder, der er knyttet til brugen af 24-timers kostregistreringer – og brugen af kostdagbøger (over 3 dage), som også er anvendt i projektet. Usikkerheder, der er knyttet til brug ved alle aldersgrupper, men særligt ved børn. Metoderne er imidlertid valgt grundet mangel på validerede måleredskaber.

6 Bivirkninger ved metoden

Der kan opstå utilsigtede konsekvenser ved en given intervention baseret på borgerinddragelse, såfremt der ikke arbejdes bevidst med (også) at inddrage de grupper, der har færrest ressourcer. Det kan resultere i, at interventioner kan give 'social slagside' og skubbe yderligere til den sociale ulighed i sundhed.

7 Barrierer for anvendelse af metoden

Erfaringer med kvarterløftprojekter i Danmark, som er baseret på lokalbefolkningens deltagelse, viser, at der kræves bestemte ressourcer for at deltage: Tid, viden og relationelle ressourcer (hvor relationelle ressourcer skal forstås som det at kunne relatere sig til organisatoriske og politiske processer, fx at have erfaring med organisatorisk eller politisk arbejde) (9). Disse ressourcer er ikke ligeligt fordelt i befolkningen, og nogen vil ud fra dette perspektiv have større kompetencer i forhold til at deltage. Erfaringer inden for kvarterløftsområdet tyder på, at de svageste borgere i højere grad bliver målgruppe for aktiviteter end deltagere i dem (9). Det er ikke sikkert, at det kan overføres direkte på sundhedsfremmeområdet, men det må antages, at der er paralleller.

I den sammenhæng er det vigtigt at bemærke, at der er udviklet metoder, fx BIKVA-modellen (BrugerInddragelse i KVALitetsudvikling) (8), som tager udgangspunkt i at inddrage 'svage' brugere/borgere, eksempelvis brugere af socialpsykiatrien eller bistanndmodtagere. BIKVA-modellen er bl.a. blevet benyttet inden for socialområdet og psykiatriområdet, men vil også kunne anvendes inden for sundhedsfremmeområdet.

En undersøgelse af borgerinddragelse i Sund By Netværket i Danmark (33) viser, at barrierer for borgerinddragelse kan relateres til:

- *Strukturelle og organisatoriske forhold*, fx mangel på politisk og økonomisk opbakning, traditionelle styreformer, bureaukrati og hierarki, Sund By Butikkens fysiske placering (hvor en central placering i gadeplan er det mest optimale i forhold til spontane borgerhenvendelser)
- *De professionelle faglige og personlige kompetencer*. At arbejde med borgerinddragelse kræver fx, at de professionelle respekterer og tager borgerne alvorligt, at de professionelle er åbne, lydhøre, tålmodige, fordomsfrie og parate til at bryde med egne normer, at de formår at give borgerne medejerskab til de aktiviteter, de involveres i. Hvis disse kompetencer ikke besiddes, kan det udgøre en barriere for borgerinddragelse.

8 Sidegevinster og afledte effekter ved metoden

Det antages, at en høj grad af borgerinddragelse kan sikre en mere effektiv gennemførelse af en intervention/aktivitet – og at aktiviteten lettere forankres fx i lokalområdet.

9 Organisation

Borgerinddragelse kan organiseres forskelligt. Hvis borgerinddragelsen er *et mål*, hvor hensigten er aktiv inddragelse af borgerne på deres egne præmisser, så vil indsatsen typisk være organiseret ud fra en 'bottom-up'-tilgang, hvor borgerne har en stor grad af eller autonom indflydelse og beslutningskompetence. Hvis borgerinddragelse er *et middel*, vil indsatsen typisk være organiseret ud fra en 'top-down'-tilgang, hvor borgerne er deltagere med begrænset indflydelse og beslutningskompetence.

10 Økonomi

I forhold til *skolebaserede interventioner* er der sjældent gennemført cost-benefit analyser, men fordelene ved disse er, at de kan designes, så de passer ind i skolens infrastruktur og kan benytte eksisterende ressourcer fx lærere til at gennemføre interventionerne. Det fremhæves, at det er vigtigt at skelne mellem de relative og absolutte omkostninger i relation til skolebaserede interventioner, idet de relative omkostninger ofte vil svare til prisen for et typisk standardprogram til den almindelige undervisning (25).

Lokalsamfundsinterventioner er ofte økonomisk begrundet med, at man når mange flere ved befolkningsrettede interventioner end ved højrisikogruppe-interventioner (individ-rettede), hvor interventionen målrettes udvalgte højrisikogrupper, fx overvægtige (25).

11 Etik

Grundlæggende kan borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme betragtes som en etisk forpligtelse og nødvendighed: Det er vigtigt at inddrage de mennesker, det handler om – de ved hvor skoen trykker og kender egne behov. Modsat er 'pseudo'-borgerinddragelse grundlæggende uetisk. Hvis borgerne fx stilles i udsigt, at de skal involveres, har medbestemmelse og indflydelse på et givent projekt, men reelt ikke har det, kan det resultere i, at de kommer til at føle sig som gidsler i et spil, de ikke selv har indflydelse på.

12 Konklusion og perspektivering

Det kan konkluderes, at det kun er en begrænset del af den identificerede litteratur i dette litteraturstudium, der har *direkte* fokus på effekten af borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme i relation til kost og fysisk aktivitet – og der blev ingen reviews fundet, som havde direkte fokus på borgerinddragelse som metode. Det kan lede til den konklusion, at borgerinddragelse som metode ‘i sig selv’ ikke har været undersøgt for givne effekter i relation til feltet kost og fysisk aktivitet. På den anden side kan det undre eftersom *sundhedsfremme og forebyggelse på befolkningens præmisser* fremhæves og får politisk og ideologisk opbakning i mange landes folkesundhedsplaner, fx den danske.

Det har dog været muligt at lokalisere enkelte metoder til borgerinddragelse i de inkluderede skole- og lokalsamfundsinterventioner.

Disse eksempler vedrører både direkte og indirekte borgerinddragelsesmetoder. Det er indtrykket, at spørgeskemaer ofte benyttes forud for implementering af en intervention, som et kortlægningsredskab. Men der benyttes også direkte borgerinddragelsesmetoder fx fokusgrupper til formålet. Det er således især borgernes involvering i analyse-, idé- og planlægningsfasen af en intervention, som er beskrevet i de inkluderede artikler om lokalsamfundsinterventionerne, men sjældent detaljeret. Der er kun fundet enkelte eksempler på interventioner, der har vurderet effekten af borgerinddragelse, som fx APPELS-projektet, hvor familiens deltagelse opgøres i andelen af familier, der har deltaget i aktiviteter igangsat i interventionen (opgjort i deltagelsesprocent).

Begrundelsen for de beskedne effekter af borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme i relation til kost og fysisk aktivitet kan måske også ligge i ‘karakteren’ af den litteratur, der er identificeret, som hovedsageligt vedrører større skole- og lokalsamfundsinterventioner. Deres formål har været at ændre og fremme befolkningens kost og fysiske aktivitet – og vise om den type interventioner er egnede til formålet. Borgerne spiller i den sammenhæng en væsentlig rolle, men metoder til inddragelse af borgene har ikke været det centrale – og disse metoder er ikke blevet grundigt beskrevet i de artikler, der er identificeret.

Anbefalingerne fra Centers for Disease Control and Prevention (CDC) i USA peger dog på, at det er vigtigt, at inddrage forældre i skole- og lokalsamfundsinterventioner rettet mod fremme af børn og unges kost og fysiske aktivitet.

Selve litteratursøgningen og afgrænsningen af denne til primært at søge efter reviews – og hovedsageligt i de sundhedsvidenskabelige artikeldatabaser – betyder også, at store mængder litteratur udelukkes. Det drejer sig om den såkaldte ‘grå litteratur’ i form af rapporter og andre publikationer. Det er muligt, at der foreligger relevante resultater i denne litteratur, men da der ikke nødvendigvis er opstillet samme krav om fx evaluering i denne type litteratur, kan der være variation og usikkerhed forbundet med de resultater og effekter, der præsenteres, og de er derfor ikke inddraget i dette litteraturstudium.

Desuden kan dele af den humanistiske og samfundsvidenskabelige sundhedsforskning – den ‘blødere’, kvalitative forskning – være præsenteret i tidsskrifter og bøger, som ikke er omfattet af de gængse sundhedsvidenskabelige litteraturdatabaser, som er afsøgt i denne litteratursøgning. En videresøgning i fx de dele af den humanistiske og samfundsvidenskabelige sundhedsforskning, der ikke er omfattet af de store sundhedsvidenskabelige litteraturdatabaser, kan måske kaste mere lys over feltet borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme i relation til kost og fysisk aktivitet.

På trods af det sparsomme resultat af borgerinddragelse som metode i relation til feltet kost og fysisk aktivitet, er borgerinddragelse som metode et område i vækst inden for fx børne- og ungdomsforskningen. Denne forskning er dog ikke knyttet specifikt til kost og fysisk aktivitet.

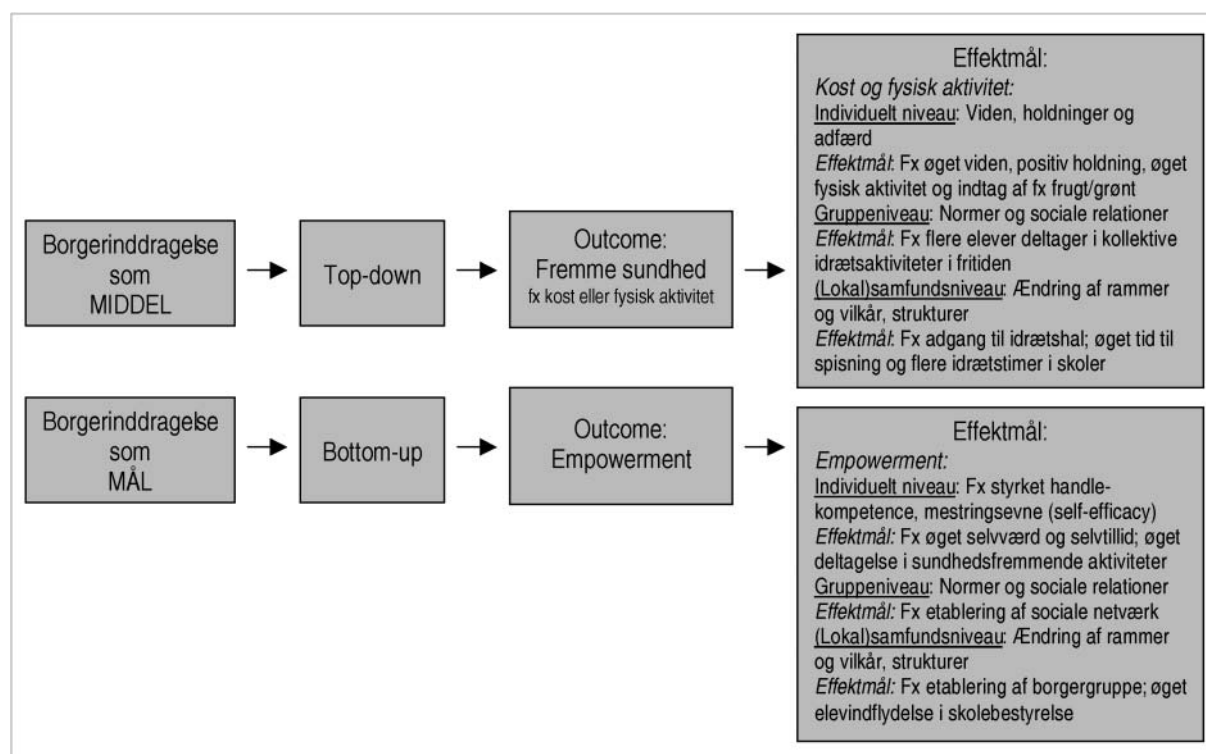
Inden for ungdomsforskning kan nævnes, at der er etableret et internationalt forskernetværk – Research in Participatory Education Network (RIPEN) – som bl.a. arbejder med at afgrænse begrebet deltagelse (participation) i forhold til unge². Et netværk, der inden for en årrække må formodes at kunne bidrage med relevant viden inden for feltet borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme.

2. I RIPEN deltager bl.a. professor Bjarne Bruun Jensen, DPU, samt professor Roger Hart, New York City University, en af de førende forskere vedr. elevers deltagelse.

Inden for børneforskning kan der også registreres en stor interesse for børns deltagelse generelt betragtet og specifikt i forhold til sundhed. Undersøgelser viser fx, at børns opfattelser ikke nødvendigvis afspejler voksnes opfattelser (31), hvilket understreger vigtigheden af at inddrage børns egne perspektiver i forskning. Og det er et felt i bevægelse – fx har engelske forskere og praktikere for nyligt afholdt et seminar om børns deltagelse, hvor primært engelske undersøgelser og erfaringer blev præsenteret. I Danmark har Børnerådet netop nu fokus på børn som deltagere og nye dialogmetoder i børnehøjde.

Vigtigheden af at inddrage målgruppens egne perspektiver og præferencer i sundhedsfremme er et forhold, der ikke blot gælder for børn og unge men også for voksne. Voksnes opfattelser og præferencer afspejler ikke nødvendigvis sundhedsprofessionelles, og opfattelser kan også variere inden for forskellige grupper af voksne. Det er et forhold, der betones i regeringens sundhedsprogram 'Sund hele livet', hvor det anbefales, at indsatsen over for fx udsatte voksne sker på deres egen præmisser, da udsatte gruppers forestillinger om livskvalitet og et godt liv kan udfordre de gængse normer og værdier i samfundet (1). Et yderligere argument for at få undersøgt dette relativt uudforskede forskningsfelt nærmere.

Afslutningsvis præsenteres en *foreløbig* model – til illustration af hvilke effektmål, der kan benyttes ved borgerinddragelse som middel eller mål.



Som det ses af modellen, er effektmålene forskellige og afhængige af formålet med borgerinddragelse. Hvis borgerinddragelse er et middel til fremme af sund kost og fysisk aktivitet, vil effektmålene være knyttet til måling af, om der er sket en udvikling i disse parametre, fx om individet spiser sundere. Hvis borgerinddragelse er et mål i sig selv, vil effektmålene være knyttet til måling af dette, fx om der er sket en styrkelse af individets handlekompetence og mestringsevne.

I Danmark har HBSC-undersøgelsen (Health Behaviour in School-aged Children) (34), udviklet spørgsmål til vurdering af 9. klasse elevers handlekompetence og mestringsevne (self-efficacy)³. Desuden er en større evaluering igangsat af Sønderjyllands Amts 9-årige indsats vedr. Sundhedsfremmende Skoler, hvor der bl.a. er fokus på udviklingen af elevernes handlekompetence. Det må forventes, at denne undersøgelse kan give svar på, om metoden '*involvering af elever*' har en sundhedsfremmende effekt. De nævnte eksempler kan betragtes som bidrag til udvikling af dels effektmål/variable, dels dokumentation af effekten af borgerinddragelse som metode i sundhedsfremme. Det er dog forfatterens vurdering, på baggrund af dette litteraturstudium, at der fortsat er behov for en systematisk udvikling af begge disse områder.

2. Spørgsmålene er udviklet i et samarbejde med Bjarne Bruun Jensen, Danmarks Pædagogiske Universitet.

13 Referencer

1

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.

2

WHO. Community participation in local health and sustainable development: Approaches and techniques. European Sustainable Development and Health Series: 4. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2001.

3

Rifkin SB. Paradigms Lost: Toward a new understanding of Community participation in health programmes. Acta Tropica, 1996; (61):79-92.

4

Dahlberg M & Vedung E. Demokrati och brukarutvärdering. Lund, Studentlitteratur, 2001.

5

Vinther-Jensen K. Empowerment: Visioner i praksis – et kvalitativt studie af en sundhedsfremmende borgerstyret lokal-samfundsintervention. Master of Public Health (MPH), Göteborg, Nordiska Hälsovårdshögskolan, 1999.

6

Amterne/H:S/Sundhedsministeriet. Patienters vurdering af landets sygehuse. Spørgeskema-undersøgelse blandt 34.000 patienter. Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse år 2000. København, Enheden for Brugerundersøgelser, 2001.

7

DIKE. Bruger- og patienttilfredshedsundersøgelser i sundhedsvæsenet 1990-1994. København, DIKE, 1996.

8

Krogstrup HK. Brugerinddragelse og organisatorisk læring i den sociale sektor. Systime, Aalborg Universitet, 1997.

9

Larsen JN. Borgerdeltagelse i kvarterløft. By og Byg Dokumentation 008, Hørsholm, 2001.

10

Boyce WF. Disadvantaged persons' participation in health promotion projects: some structural dimensions. Soc Sci Med 2001; 52(10):1551-1564.

11

Arnstein S. Eight rungs on a ladder of citizen participation. Journal of the Institute of American Planners 1969; 35:216-224.

12

Hart R. Children's participation: From tokenism to citizenship. Florence, UNICEF, 1992.

13

Jensen BB. Participation, Commitment and Knowledge as Components of Pupils' Action Competence. I: Jensen BB, Schnack K & Simovska V (red.). Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges. Research Centre for Environmental and Health Education. Copenhagen, the Danish University of Education, 2000.

14

Sundhedsstyrelsen. Brugerinddragelse og brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. København, Sundhedsstyrelsen, 1996.

15

Jewkes R. Evaluating community development initiatives in health promotion. I: Thorogood M, Coombes Y (red.). Evaluating Health Promotion. Practice and Methods. Oxford, Oxford University Press, 2001.

16

Lundgren S. Metod og tålamod – att skapa lokalt engagemang, Folkhälsa Sundsvall. Livsmiljö Sundsvall, Sundsvall, 1998.

17

Wallerstein N. Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs. American Journal of Health Promotion 1992; 6(3):197-205.

18

Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities. Scandinavian Journal of Public Health 2002; 30(3), Suppl. (59):72-77.

19

Vital. Hjælp til selvhjælp. Interview med universitetslærer H. Rooth Möller om det sundheds-fremmende projekt Sunda Sundsvall i Nordsverige. Vital 2002; (1):12-13. København, Sundhedsstyrelsen.

20

Paronen O, Oja P. How to understand a community – community assessment for the promotion of health-related physical activity. Patient Educ Couns 1998; (33)(1 Suppl):25-28.

21

Dwyer JJM et al. Maximizing children's physical activity: an evaluability assessment to plan a community-based, multi-strategy approach in an ethno-racially and socio-economically diverse city. Health Promotion International 2003; 18(3):199-208.

22

King AC. Community Intervention for Promotion of Physical Activity and Fitness. Exerc Sport Sci Rew 1991; (19):211-259.

23

King AC. How to promote physical activity in a community: research experiences from the US highlighting different community approaches. Patient Education and Counseling 1998; (33):3-12.

24

Kennedy LA. Community involvement at what cost? – local appraisal of a pan-European nutrition promotion programme in low-income neighborhoods. Health Promotion International 2001; 16(1):35-45.

25

(25) Stone EJ et al. Effects of Physical Activity Interventions in Youth. Review and Synthesis. Am J Prev Med 1998; 15(4):298-315.

26

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating. Journal of School Health 1997; 67(1):9-26.

27

Johnson CC et al. CATCH: Family Process Evaluation in a Multicenter Trial. Health education Quarterly 1994; Suppl. 2:91-106.

28a

Sahota P et al. Evaluation of implementation and effect of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. BMJ 2001; 3;323(7320):1027-1029.

28b

Sahota P et al. Randomised controlled trial of primary school based intervention to reduce risk factors for obesity. BMJ 2001; 3;323(7320):1029-32.

29

Campbell K et al. Interventions for preventing obesity in children (Cochrane Review), Cochrane Library, Issue 2, 2003.

30

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Guidelines for School and Community Programs to Promote Lifelong Physical Activity Among Young People. Journal of School Health 1997; 67(6):202-219.

31

Roberts H. Listening to Children: and Hearing Them. I: P. Christensen & A. James (red.). Research with Children. Perspectives and Practices. London, Falmer Press, 2000; 225-241.

32

Kirby P et al. Child-to-Child in South London: Evaluation Report. London, Health Action Zone, 2002.

33

Poulsen J. Borgerinddragelse i Sund By Netværket. Statens Institut for folkesundhed. København, 2003.

34

Due P, Holstein BE (red.). Skolebørnsundersøgelsen 2002. (2. rev. udg.). Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet, 2003.

14 Links

<http://www.euro.who.int/document/e78652.pdf> Link til (1). I WHO's publikation præsenteres erfaringer vedr. metoder og teknikker til borgerinddragelse i det lokale sundhedsfremmende arbejde, og der gives konkrete eksempler på, hvor og hvordan metoderne har været anvendt.

<http://www.haznet.org.uk> Link til Health Action Zones i UK.

http://www.euro.who.int/healthy-cities/Documentation/20010927_7 Link til Sundsvall-projektet, Sverige.

15 Forfatter

Jytte Poulsen

Forskningsmedarbejder, mag.art. i kultursociologi

Statens Institut for Folkesundhed

Svanemøllevej 25, DK-2100 København Ø

Telefon: 39 20 77 77, Fax: 39 27 77 10

E-mail: jp@si-folkesundhed.dk

Der rettes en stor tak til forskningskonsulent Niels Kr. Rasmussen, SIF, for inspirerende og konstruktive kommentarer i forbindelse med både litteratursøgning og rapportskrivning.