



BØRN OG FOREBYGGELSE – et temahæfte

2007

BØRN OG FOREBYGGELSE

– et temahæfte

Børn og forebyggelse – et temahæfte

Udarbejdet af: Line-by-Line

Emneord: børn, forebyggelse, evidens, skolen, alkohol, håndhygiejne

Kategori: Rådgivning

Sprog: Dansk

Udgivet af: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, november 2007

Layout: Line-by-Line

Forsidefoto: Michael Rieck

Tryk: Scanprint

Copyright: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse

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

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-564-4

Den trykte udgaves ISBN: 978-87-7676-563-7

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

Sundhedsstyrelsen

Center for Forebyggelse

Islands Brygge 67

2300 København S

Tlf. 72 22 74 00

E- mail: cff@sst.dk

Temahæftet indgår i en serie publikationer, der sammenfatter den aktuelle viden om metoder til forebyggelse og sundhedsfremme. Disse vil løbende blive publiceret i Evidensbasen: Forebyggelse på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/evidensbasen.

FORORD

At forebygge sygdomme hos børn er en vigtig opgave. Det er en løbende udfordring at skabe mere klarhed over, hvilke forebyggelsesmetoder der virker – samt over for hvilke målgrupper og i hvilke sammenhænge metoderne er anvendelige.

Dette temahæfte fokuserer på, hvilke metoder der er særligt effektive i forhold til sygdomsforebyggelse over for børn i udvalgte forebyggelsesarenaer. Temahæftet gennemgår forebyggelse af overvægt med skolen som arena, familieorienteret alkoholbehandling og metoder til forbedring af håndhygiejnen i dagtilbud. Hæftet indeholder desuden en generel diskussion om evidensbaserede forebyggelsesmetoder, og af hvilke værdier der er på spil, når man taler om børn og sundhed. Endvidere diskuteres det, hvordan man udnytter de etablerede forebyggelsesordninger.

Temahæftet samler i en overskuelig form tre rapporter, der udkom i 2006 som en del af Sundhedsstyrelsens forebyggelsesdokumentations årstema om børn og forebyggelse. I forbindelse med årstemaet holdt Sundhedsstyrelsen i november 2006 et symposium, og viden herfra indgår også i temahæftet.

Sundhedsstyrelsen ønsker med temahæftet at formidle både viden og inspiration til kommunale praktiskere, planlæggere og beslutningstagere, der beskæftiger sig med børn og forebyggelse. Styrelsen ønsker samtidig at kunne inspirere til refleksion over, hvilke værdier, arenaer og faggrupper man skal beskæftige sig med for at sikre bedst muligt udbytte af det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde målrettet børn.

Else Smith
Centerchef
Center for Forebyggelse
Sundhedsstyrelsen

INDHOLD

Indledning	8
Familien skal med i alkoholbehandlingen	10
Hjælp til overvægtige børn	16
Nedsat sygefravær gennem bedre håndhygiejne	22
Fra dokumentation og teori til praktisk forebyggelse og sundhedsfremme	28
Hvordan sikrer vi vores børn en sund fremtid?	34
Sundhedspædagogik handler om værdier	38



INDLEDNING

Dette temahæfte fremhæver de mange forskellige arenaer og metoder, man kan inddrage, hvis man ønsker at fremme børns sundhed. Hæftet omtaler bl.a. metoder til bekæmpelse af den stigende overvægt blandt børn og understreger også vigtigheden af at fokusere på helt basale interventioner som fx metoder til forbedring af håndhygiejne. Derudover tager hæftet også fat på et mere tabubelagt emne som de negative konsekvenser af at vokse op med forældre med et alkoholmisbrug, og hvordan man bedst muligt begrænser disse konsekvenser.

De udvalgte temaer – overvægt, håndhygiejne og konsekvenser af forældres misbrug – drejer sig om meget forskellige sider af børns liv. Fælles for dem er de strukturelle rammer for forebyggelsesindsatsen, idet man på alle de tre områder sætter ind over for henholdsvis skolen, daginstitutionen og hele familien – ikke blot over for det enkelte barn.

Overvægt hos børn og unge er i kraftig stigning i den vestlige verden, herunder i Danmark. *God håndhygiejne* er en effektiv vej til at mindske udbredelsen af infektionssygdomme, der udgør over 90 % af alle akutte sygdomme hos de 1-5-årige. *Misbrugsproblemer i familien* berører skønsmæssigt 60.000 danske børn, der vokser op med mors eller fars misbrug, og som derigennem har en forøget risiko for at udvikle fx depression, angst og eget misbrug i deres voksenliv. Trods forskellene er der altså tale om tre væsentlige forebyggelsesområder, der involverer børns sundhed.

Derudover er det også nødvendigt at skitsere, hvordan den enkelte praktiker kan arbejde evidens- og videnbaseret, samt at diskutere, hvilke værdier der ligger til grund for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med børn som målgruppe. Også udnyttelsen af de etablerede tilbud som de forebyggende sundhedsordninger og børnevaccinationsprogrammet diskuteres i temahæftet.

Sundhedsstyrelsen arbejder løbende bl.a. med at fremme evidensbaseret forebyggelse i praksis. Temahæftet er en samlet afrapportering af årstema 2006 om børn og forebyggelse. Det giver nogle kvalificerede bud på, hvordan man kan arbejde videnbaseret med at fremme børns sundhed.

Temahæftets indhold

Temahæftet består af seks artikler, som hver fokuserer på et af hæftets emner.

Hæftet belyser og diskuterer problemstillinger som:

- Konsekvenser for børn af forældre med et alkoholmisbrug og inddragelse af hele familien i alkoholbehandlingen
- Fordelene ved at forbedre håndhygiejnen i daginstitutioner
- Hvordan man bedst hjælper overvægtige børn til et vægttab med skolen som arena
- Sundhedspædagogik og værdier
- Betydningen af de etablerede forebyggelsestilbud
- Hvad det vil sige at arbejde evidensbaseret, og hvordan praktikere kan tage afsæt i dokumentation om sundhed og sygdom.

Materialet bag temahæftet

Der indgår sammendrag af tre evidensrapporter om hvert sit forebyggelsesemne, som Sundhedsstyrelsen udgav i 2006 og 2007:

- *Familieorienteret Alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingens effekter* af cand. psych., ph.d. Helle Lindgaard
- *Forebyggelse af overvægt med skolen som arena* af ph.d. Inge Lissau
- *Metoder til forbedring af håndhygiejne i dagtilbud* af cand.scient.san.publ. Marie Henriette Madsen.

Rapporterne kan downloades på: www.sst.dk/evidensbasen.

Desuden indgår der materiale fra de oplæg, som blev holdt af afdelingslæge, ph.d. Anne-Marie Nybo Andersen, MPH, ph.d.-studerende Ida Husby og sygeplejerske, cand.pæd. Karen Wistoft på Sundhedsstyrelsens symposium om børn og forebyggelse i november 2006.

FAMILIEN SKAL MED I ALKOHOLBEHANDLINGEN

Fokus i alkoholbehandlingen bør flyttes fra det individorienterede til det relations- og familieorienterede.

Når en alkoholmisbruger behandles for sit misbrug, er der mange fordele at hente ved at inddrage familien. Ikke bare i selve behandlingen, men også med tilbud om hjælp til familiemedlemmernes problemer, uafhængigt af misbrugerens. Det kan nemlig både påvirke misbrugerens adfærd og familiens funktion i positiv retning og reducere psykosociale problemer blandt børnene.

Det er hovedkonklusionen i rapporten *Familieorienteret alkoholbehandling – et litteraturstudium af familiebehandlingsens effekter* udarbejdet af cand.psych. og ph.d. Helle Lindgaard. I rapporten gennemgår hun videnskabelig litteratur om metoder og effekter i relation til familieorienteret alkoholbehandling.

Der er ingen tvivl om, at hele familien, og ikke mindst børnene, lider under et alkoholmisbrug hos den ene eller begge forældre. Litteraturgennemgangen giver solid dokumentation for, at alkoholfamilien som oftest vil være belastet og fungere dårligt i mere eller mindre grad. Alkoholproblemer hos en forælder kan på forskellige måder have emotionelle, sociale og/eller kognitive konsekvenser for familiens øvrige medlemmer.

“Hos ægtefæller til misbrugere ser man ofte psykiske belastninger svarende i karakter og grad til dem, misbrugerens selv oplever, fx depression og angst. Ikke sjældent bruger ægtefællen så meget energi på misbrugerens, at det går ud over vedkommendes egen forælderevne,” påpeger Helle Lindgaard.

“Hos børnene kan misbruget resultere i forskellige psykiske problemer. De kan fx få lavt selvværd eller en usikker identitetsopfattelse. Der kan også være tale om, at børnene får ringe kontakt med deres egne følelser, behov og grænser, depression, angst, selvmordsadfærd, spiseforstyrrelser, misbrugsproblemer eller selvskadende adfærd. Endelig ser vi børn, som er præget af manglende kontrol af vrede og voldelig adfærd, eller som har få eller dårligt fungerende problemløsningsstrategier.”

Problemer følger børnene ind i voksenalderen

Ifølge Helle Lindgaard vil mange børn af misbrugere også få sociale problemer som angst for svigt og afvisning, så de oplever vanskeligheder ved nærhed og afhængighed i relationer, ensomhed og behov for kontrol. Når børnene bliver voksne, kan det føre til forringede forælderevner og en øget risiko for skilsmisse. Ligeledes har disse børn en øget risiko for kriminel eller anden afvigende adfærd.

Børn af misbrugere har også et generelt ringere kognitivt niveau, enten på grund af organiske hjerne-skader (hvis mor har drukket under graviditeten), eller fordi barnet bruger en stor del af sin kognitive kapacitet til at bekymre sig om og tage ansvar for forældrene, tage vare på mindre søskende og andre praktiske opgaver samt forsøge at hemmeligholde familiens problemer for kammerater og andre voksne. Konsekvenserne af denne begrænsning i kognitiv kapacitet kan bl.a. få betydning for barnets indlæring og senere uddannelsesmæssige niveau.

“Problemerne kan opstå i barndommen såvel som i voksenalderen. Nogle børn af alkoholmisbrugere har ingen problemer som børn, men får det først senere i livet. Andre børn “vokser fra” deres problemer, og atter andre har problemer både som børn og voksne,” siger Helle Lindgaard.

Beskyttelse fra familien eller barnet selv

Børn fra alkoholfamilier påvirkes altså ikke lige meget eller på samme måde. Op mod halvdelen af børnene udvikler således ikke signifikante problemer og er tilsyneladende det, man kan kalde modstandsdygtige. Det vil sige, at de trods en opvækst i en familie med alkoholproblemer ikke eller kun i meget ringe grad udvikler problemadfærd. Det betyder ikke nødvendigvis, at børnene ikke vil være mærket af opvæksten, men at en del af dem har formået at “overleve” på trods.

Disse forskelle kan dels skyldes faktorer i barnets omgivelser og dels faktorer i barnet selv, såkaldte risiko- og beskyttelsesfaktorer.

“I nogle familier formår en ædru ægtefælle at optræde som “buffer”, så at familien og børnene ikke påvirkes i så høj grad. Problemudvikling blandt børnene drejer sig i meget høj grad om, hvordan misbruget påvirker familiens måde at være familie på. Især ser det ud til, at opretholdelse af ritualer og rutiner kan medføre, at barnets daglige færden foregår inden for en vis grad af forudsigelighed og tryghed. Derudover er det vigtigt, at der er et lavt konfliktniveau i familien, herunder at der ikke foregår vold og overgreb. Der kan også være tale om social støtte uden for familien, fx en bedsteforælder eller en anden voksen tæt på barnet, der beskytter og/eller hjælper barnet,” siger Helle Lindgaard.

Hun understreger samtidig, at også barnets egne egenskaber har betydning for, om det udvikler problemer.

“Beskyttelsesfaktorer i barnet selv kan være barnets kognitive kapaciteter, fx dets evne til at kunne analysere og overskue vanskelige situationer, samt barnets problemløsningsstrategier – altså det, at barnet kan magte problemer og livet som sådan. En anden vigtig beskyttelsesfaktor er barnets sociale evner, der gør det muligt for det at finde støtte og frirum andre steder end i familien.”

Når barnets udvikling på denne måde er diskontinuerlig, er det altså muligt at bryde den onde cirkel og både forebygge og ændre en problematisk udvikling hos barnet.

Familien bliver ofte ignoreret

Indtil for nylig er familiens selvstændige behov blevet mere eller mindre ignoreret i alkoholbehandlingssystemet. I stedet er familien i nogle behandlingsmodeller blevet opfattet som et supplement eller blot et hjælpemiddel i arbejdet med misbrugerens og dennes problemer. Eller familien er blevet opfattet negativt som forstærkende elementer for misbruget. I langt de fleste tilfælde angår behandlingen kun misbrugerens, mens familien kun i begrænset omfang indgår som målgruppe og som oftest kun sekundær. Først i de senere år er man begyndt at måle på forandringer i familiens interaktion og familiemedlemmernes symptomer på belastning i forbindelse med familieorienteret alkoholbehandling.

“Men der er faktisk gode grunde til at inddrage familien i behandlingen, for det kan gavne både misbrugerens selv og dennes familie. Vi ved, at familien og misbruget indgår i en gensidig vekselvirkning, hvor misbruget påvirker familien, ikke mindst børnene, også på længere sigt. Tilsvarende vil familien påvirke misbrugerens og dermed også dennes behandlingsforløb. En misbruger med en velfungerende familie har således langt bedre odds for et vellykket behandlingsforløb,” understreger Helle Lindgaard.

En gennemgang af forskellige alkoholbehandlingsmetoder viser, at den familieorienterede behandling med fokus på både misbrug og familiefunktion er lige så god eller bedre end den individuelle alkoholbehandling, der ikke involverer familiemedlemmer. Det gælder både ophør af misbrug og familiens og børnenes trivsel.

Også på længere sigt – op til to år efter endt behandling – viser flere familieorienterede alkoholbehandlingsmetoder sig at være mere effektive end ikke-familieorienteret alkoholbehandling.

Der er også et væsentligt økonomisk argument for at inddrage familien i behandlingen. Således skyldes 44 % af alle anbringelser uden for hjemmet forældres misbrug (ca. 3,3 mia. kr./året), og 15 % af alle forebyggende foranstaltninger i forhold til børn (fx betalt efterskole) skyldes forældres alkoholstorforbrug (ca. 420 mio. kr./året). Endvidere medfører behandlingsformen væsentlige besparelser som følge af mindre vold i hjemmet samt færre hospitals- og fængselsophold.

Konkrete resultater af familiebehandling

Nogle af de familieorienterede behandlingsmetoder forsøger at motivere misbrugerens til at ændre alkoholadfærd og/eller gå i behandling. Her er den mest fremtrædende behandlingsform CRAFT (Community Reinforcement and Family Training), der omfatter indlæring af forskellige strategier hos familiemedlemmer.

I én undersøgelse startede op mod to tredjedele af misbrugerne i behandling, efter at familiemedlemmer havde modtaget CRAFT-behandling. Alkoholforbruget blev også reduceret, selvom misbrugerens



ikke selv gik i behandling. Faktisk viser samtlige undersøgelser af alkoholbehandling gennem familien, at arbejdet med familien uafhængigt af misbrugerens kan føre til, at misbrugerens begynder i behandling, og resultaterne afliver således myten om, at familien ikke kan hjælpe misbrugerens.

Ved behandlingsmetoder, der har familiemedlemmer som primær målgruppe, ses også en positiv effekt på familien i form af færre fysiske og psykiske symptomer på belastning, lavere konfliktniveau, øget samhørighed og øget kvalitet i parforholdet. Og denne effekt kan endda opnås, selv om misbrugerens ikke umiddelbart starter i behandling.

Familien kan behandles sammen

Andre behandlingsmetoder, fx adfærdsterapeutisk parterapi (APT), har til formål både at reducere alkoholforbrug og alkoholrelaterede problemer for misbrugerens og at forbedre familiefunktionen og de enkelte familiemedlemmers funktionsniveau. Det sker ved at misbrugerens og et eller flere familiemedlemmer modtager behandling sammen. Metoderne er gavnlige i de tilfælde, hvor misbrugerens har en familie, der er motiveret og ressourcerstærk nok til behandling, og de har alle vist gode effekter i forhold til både alkoholadfærd og familiefunktion.

Fx viser en undersøgelse, at APT giver mere afholdenhed og færre alkoholrelaterede problemer, større tilfredshed i parforholdet samt færre separationer og skilsmisser end individuel behandling. APT viser også en afgørende reduktion af vold i hjemmet, ligesom omfanget af hospitals- og fængselsophold reduceres. Endelig er APT mere effektiv i forhold til at forbedre børnenes psykosociale funktionsniveau, sammenlignet med individuel alkoholbehandling.

Behandling reducerer og forebygger skader i familien

Familieorienteret alkoholbehandling handler ikke kun om at nedsætte misbrugerens alkoholforbrug eller helt at stoppe drikkeriet, men også om at reducere skaderne hos familiemedlemmerne. Succesfuld behandling af alkoholmisbrug kan altså også forstås som skadereduktion i forhold til familiens symptomer på belastning. Og hvis behandlingen sker på et tidligt tidspunkt, kan man forebygge alvorlige skader i familien, ikke mindst i forhold til børnene.

Stress-strain-coping-support-modellen (SSCS) er en behandlingsmodel, der er udviklet specielt til familiemedlemmer til alkoholmisbrugere. Den tager udgangspunkt i den stress, familien oplever. Familiemedlemmerne lærer at håndtere situationer og øget stress i forbindelse med livet i en familie med alkoholproblemer, bl.a. ved at arbejde med udvikling af strategier og social støtte samt undervisning i hensigtsmæssig adfærd i forhold til alkoholmisbrugerens.

Resultaterne fra samtlige studier er positive og viser, at behandling kan føre til forbedrede mestringsstrategier, øget social støtte samt reduktion i antallet af voldsepisoder og fysiske og psykiske symptomer blandt familiemedlemmerne.

Børnene ikke tilgodeset

Man ved, at børn fra familier med alkoholproblemer har forøget risiko for udvikling af en lang række psykosociale problemer, også på længere sigt. Det gælder bl.a. egne misbrugsproblemer, som op mod halvdelen af børnene fra misbrugsfamilierne får som voksne. Som Helle Lindgaard pointerer:

“Børns udvikling kan jo ikke sættes på standby. Den foregår her og nu, og der er ikke plads til langvarige svigt. Disse vil sætte sig spor i børnene, ofte for resten af livet.”

Alligevel er området ikke særligt udviklet hvad angår forebyggelses- og behandlingsinterventioner rettet mod børn. Kun sjældent bliver børnene inddraget i behandlingen, og børnenes selvstændige behov blev indtil for nylig ikke tilgodeset i alkoholbehandlingssystemet. Der findes derfor meget lidt litteratur, som beskriver behandlingsmetoder, der er rettet mod børnene og har til formål at reducere indvirkning og skader på børn som følge af forældres alkoholproblemer.

Det ser dog ud til, at parbaseret alkoholbehandling, der har fokus på både misbrug og parfunktion, også har en positiv indflydelse på børnene. Desuden kan man antage, at behandling, der har positiv effekt på familien og parforholdet, også må formodes at have positiv indflydelse på børnenes situation. Der er i mindre grad dokumentation for, at gruppebehandling for børn virker positivt, og børnenes symptomer på belastning ser således ud til at kunne reduceres ved indsatser rettet mod børnene, hvad enten der anvendes direkte eller indirekte metoder.

Indsatsen bør være tværfaglig

Det ser altså ud til at være effektivt i højere grad at inddrage familiemedlemmer, især ægtefæller/partnere, i alkoholbehandlingen. Men dermed ikke være sagt, at alle familier kan profitere af samme behandlingstilbud. En lang række faktorer kan spille ind på behandlingsudfaldet – herunder parforholdets art og kvalitet, familiens ændringspotentiale samt støtte til afholdenhed og forskellige misbrugs- og partnerforhold.

Og netop derfor anbefaler Helle Lindgaard i rapporten, at familier med alkoholproblemer skal kunne tilbydes et varieret udbud af behandling, så det matcher familiens behov og formåen.

“Vigtigst er egentlig, at der er tale om tværfaglig indsats og samarbejde. Det vil sige, at man i arbejdet med disse familier og børnene har såvel børne- som alkoholfaglige kompetencer, samt at man formår at samarbejde tværfagligt. Man bør desuden fokusere på tidlig opsporing og forebyggelse og sørge for en helhedsorienteret behandling,” fastslår Helle Lindgaard.

HJÆLP TIL OVERVÆGTIGE BØRN

Indsatser i skolens regi kan være med til at påvirke børnenes sundhed og adfærd i positiv retning, men der mangler viden om, hvad der virker bedst.

Det er muligt at opnå moderat positive effekter i forbindelse med skolebørns sundhedsadfærd og at forebygge vægtøgning gennem skolebaserede indsatser. Det konkluderer sundhedschef, ph.d. Inge Lissau i rapporten *Forebyggelse af overvægt med skolen som arena*. Inge Lissau er nu sundhedschef i Vordingborg Kommune, men har skrevet rapporten som seniorforsker ved Statens Institut for Folkesundhed. Rapporten omfatter en gennemgang af forskningslitteratur, der belyser effekten af skolebaserede interventioner til at forebygge overvægt.

Sammenfattende viser litteraturen, at børneovervægt er vanskelig at behandle, bl.a. fordi det kræver en varig livsstilsændring hos barnet og barnets familie.

Litteraturen viser, at behandlingsindsatser kun hjælper en mindre del af de overvægtige børn. Inge Lissau peger derfor på, at det er vigtigt med en forebyggende indsats, der modvirker overvægt i at opstå og forhindrer let overvægt i at udvikle sig til svær overvægt.

Indsatsen mod børneovervægt kan omfatte initiativer på mange niveauer og inddrage mange forskellige aktører som fødevareproducenter, detailhandel, staten, regioner og kommuner, sundhedsvæsen og socialvæsen. Nogle initiativer må igangsættes fra centralt hold. Men lokalt forankrede initiativer – der hvor børnene er – er også helt nødvendige. Og skolen har en vigtig rolle at spille her.

Overvægt i stærk stigning

Et stigende antal børn i skolealderen bliver overvægtige. I Danmark foregår der ingen systematisk monitorering af højde og vægt hos børn og unge, men undersøgelser peger på, at overvægt blandt danske børn og unge er fordoblet fra 1970'erne til 1990'erne. Og at der er sket en mangedobling i forekomsten af overvægt og svær overvægt blandt både drenge og piger i løbet af de seneste 50 år. Eksempelvis er forekomsten af overvægtige 6-8-årige piger i København steget fra 2,8 % i 1947 til 21,0 % i 2003.

Desværre er der en klar sammenhæng mellem overvægt i barndommen og overvægt i voksenalderen. Amerikanske undersøgelser viser, at helt op mod 80 % af svært overvægtige børn også er overvægtige som voksne.

Desuden er der en lang række helbredsmæssige, psykiske og sociale konsekvenser af børneovervægt, bl.a. astma, forhøjet blodtryk, lavt selvværd og isolering. Og senere i livet øges de overvægtiges risiko for at udvikle type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme.

Overvægt hos børn er ofte forbundet med psykiske problemer og isolering. Det kan blive særligt udtalt i teenageårene, hvor overvægt kan give anledning til psykologiske problemer. I takt med at barnet bliver ældre, bliver det mere afgørende for det ikke at skille sig ud fra sine jævnaldrende, og den overvægtige teenager vil derfor få det svært. Det er ofte, når børnene er i puberteten, at børn og forældre selv henvender sig med problemet og er motiverede for at modtage hjælp.

Den epidemiske stigning i overvægt både nationalt og globalt er en stor folkesundhedsmæssig udfordring. Derfor står forebyggelse af overvægt meget højt på den politiske dagsorden.

Mangel på sammenlignelige studier

Der findes kun få publicerede resultater fra kontrollerede studier af effekten af skolebaserede interventioner mod overvægt – og de fleste af dem er amerikanske. Men det amerikanske samfund er på mange måder anderledes end det danske, og bl.a. derfor er det vanskeligt at overføre resultaterne fra mange af rapportens studier til danske forhold.

Der er fx tre gange så mange svært overvægtige teenagere i USA som i Danmark, og skolearenaen er også anderledes. Der findes sodavandsautomater på 98 % af de amerikanske skoler, mens de i Danmark forsvandt helt i 2004. Amerikanske børn tilbringer mere tid foran fjernsynet end danske børn, men til gengæld har idrætsfaget generelt en højere status på skolerne i USA end i Danmark.

De studier, der findes, er meget forskellige hvad angår indsatsmetoder, design og effektmål. Og de er også af meget varierende kvalitet. Derfor er det vanskeligt at sammenfatte konklusionerne. Halvdelen de indsatser, der beskrives, giver moderate effekter i forhold til direkte overvægtsrelaterede mål som BMI (Body Mass Index), taljeomfang, hudfoldsmåling og fedtprocent. I den anden halvdel af studierne kan der ikke påvises nogen effekt.

Rapporten gennemgår effekten af fjorten, hovedsagelig amerikanske, interventioner rettet mod samtlige børn på den pågældende skole på de udvalgte klassetrin, fx alle i 2.-4. klasse. Studierne har alle anvendt et eller flere af de fysiske effektmål for overvægt, men de har fokuseret på forskellige målgrupper og metoder.



Modelfoto: Karsten Weirup

Få, konkrete tiltag giver bedre effekt

Den halvdel af rapportens studier, der har vist en effekt i forhold til overvægtsrelaterede mål, fordeler sig på forskellige fokusområder. Fx har ét ud af to studier, som var rettet mod børn med høj risiko for at udvikle overvægt, påvist en effekt. Det pågældende studie omfattede et særligt motionstilbud samt hjemmebesøg for at øge opbakningen fra forældrene.

Fire studier i rapporten havde hovedfokus på fysisk aktivitet, og to af disse påviste en effekt i forhold til graden af overvægt i form af klart lavere BMI eller en lavere mængde kropsfedt. Øget fysisk aktivitet kan opnås i skoletiden via mere tid til og ændret indhold af idrætsundervisningen, gennem længere frikvarterer og bedre rammer for fysisk aktivitet i frikvarterne eller ved at indføre fysisk aktivitet i timerne. Efter skoletid kan ekstra fysisk aktivitet organiseres som et led i tilbuddene i skolefritidsordning og fritidshjem eller ved at tilbyde eleverne organiseret fysisk aktivitet om eftermiddagen.

To studier havde fokus på begrænsning af fysisk inaktivitet i form af bl.a. reduceret tv-tid. Og begge studier viste en signifikant nedgang i overvægt i interventionsgruppen i forhold til kontrolgruppen, det ene dog kun blandt pigerne. Kun et enkelt studie havde hovedvægt på kost, i dette tilfælde med fokus på nedsat indtag af sodavand, men det viste ingen signifikant effekt.

Seks studier, der havde fokus på både kost og fysisk aktivitet, viste en tendens til, at interventioner med få, konkrete tiltag giver bedre effekt end de stort anlagte projekter sammensat af mange delkomponenter.

Flere undersøgelser var direkte rettet mod socialt udsatte børn, og deriblandt havde ét studie en effekt. Selvom resultaterne fra dette studie er yderst vanskelige at overføre til danske forhold, er det vigtigt, at danske forebyggelsesprojekter for socialt udsatte børn sættes i værk. Og her er der hjælp at hente fra julemærkehjemmene, som har oparbejdet stor erfaring med netop denne målgruppe.

Positive effekter på adfærd

Ser man på effekter i mere bred forstand end de direkte overvægtsrelaterede, så påviser stort set alle studier imidlertid positive effekter i forhold til skolebørnenes sundhedsadfærd.

Studierne viser, at man med de pågældende interventioner kan opnå forskellige former for positive adfærdsændringer og fysiske forandringer som fx:

- øget fysisk aktivitet
- øget indtag af frugt og grønt
- reduceret tv-tid
- større forståelse og viden om kost og fysisk aktivitet
- bedre kondition
- reduceret fedtindtag.

Inge Lissau peger særligt på mindre tid foran tv'et som en ændring, der med fordel kan afprøves i forhold til at reducere overvægt da der er en tydelig sammenhæng mellem mængde tid tv tid og risiko for at udvikle overvægt.

“Tv-kiggeri en passiv aktivitet, og der er en tendens til et øget indtag af slik og sodavand, når man sidder foran skærmen. Hertil kommer, at et stort tv-forbrug mindsker tid til fysisk aktivitet.”

Skolen som arena

I hverdagen tilbringer børn en stor del af deres vågne timer i skolen. De mindste skolebørn passes desuden ofte efter skole i skolefritidsordninger. Disse institutioner er derfor vigtige for udvikling af børns daglige aktiviteter, herunder måltider og fysisk aktivitet. Børnene indtager dagligt mindst et hovedmåltid og ofte også 1-2 mellemmåltider uden for hjemmet fem dage om ugen. Skolen er derfor en oplagt arena for en massestrategisk forebyggelse af overvægt.

Men indsats i skolen kan ikke stå alene. De relativt beskedne effekter, der er fundet i de publicerede studier, afspejler, at en isoleret indsats i skolen ikke er tilstrækkelig. Indsatsen må kombineres med indsatser andre steder, hvor børnene færdes, herunder naturligvis hjemmet. Det er svært at ændre livsstilsvaner hos børn og unge via forebyggelse, som udelukkende foregår på skolearenaen, hvis ikke hjemmet, fritiden og resten af samfundet også inddrages. Andre aktører ud over skolen skal altså på banen – det kan være sportsklubber og andre fritidstilbud, sundhedspersonale og politikere, men også industrien og medierne.

Selvom man kan nå børnene via indsatsen i skolen, er der dog også barrierer for skolen som arena for indsatsen, påpeger Inge Lissau.

“Mange skoler opfatter det fx som et problem, at alt for mange aktører vil ind på skolens arena med indsatser og initiativer. Skolen kan i den situation opleve, at der mangler ressourcer til både at løse skolens centrale opgaver og iværksætte sundhedsfremmende tiltag.”

Brug for flere indsatser

De fleste af rapportens studier arbejder med tiltag inden for både kost og fysisk aktivitet, men der er ikke nogen oplagt forklaring på forskellen i effekten af de forskellige interventioner. Det kan skyldes, at ikke alle børn i en klasse eller skole har glæde af de samme interventioner, og måske bør interventionerne derfor tilpasses individuelt. Nogle børn kan have glæde af et svømmetilbud, mens andre hellere vil brænde krudt af på boldlege. Og børn fra familier, hvor der ikke er ressourcer til at lave sund aftensmad og inddrage børnene, kan have brug for en styrket oplevelse af, at sund mad smager godt.

Succesen af en indsats kan i høj grad afhænge af de personlige egenskaber hos den eller dem, der gennemfører interventionen, ligesom opbygningen og implementeringen af interventionen kan være af stor betydning for dens effekt. Ved igangsættelse af nye forebyggelsesindsatser er det derfor vigtigt at tænke kreativt og tilpasse dem til de miljøer, de skal implementeres i.

Og der er brug for at vide meget mere om, hvad der virker, mener Inge Lissau:

“Det er bedre at implementere projekter man ved har vist effekt andre steder end at skulle opfinde noget helt nyt. Der er brug for mere viden, og derfor bør man afprøve en mangfoldighed af projekter, der kan vise effekten af forskellige metoder. Det er særdeles vigtigt, at effekten af interventionerne dokumenteres, evalueres og publiceres for på den måde at sikre opbygning og løbende spredning af viden på området.”



Modelfoto: Michael Rieck

NEDSAT SYGEFRAVÆR GENNEM BEDRE HÅNDHYGIEJNE

Indsatser for at forbedre håndhygiejnen i dagtilbud til børn under seks år har positiv effekt.

Det er muligt at forbedre håndhygiejnen i dagpasningsordningerne, men der er brug for metodeudvikling på området. Og selv om forsøg på at forbedre håndhygiejnen i langt de fleste tilfælde fører til færre infektionssygdomme og mindre sygefravær blandt børn og personale, er det vanskeligt at afgøre, hvilken rolle håndhygiejnen spiller i forhold til andre hygiejneområder.

Det skriver cand.scient.san.publ. Marie Henriette Madsen i rapporten *Metoder til forbedring af håndhygiejne i dagtilbud*. I rapporten gennemgår hun videnskabelig litteratur om effekten af forskellige metoder afprøvet herhjemme eller i udlandet.

I rapporten gennemgås 15 studier, hvor man gennem intervention har forsøgt at nedbringe omfanget af infektionssygdomme og sygefravær og/eller ændre adfærd i forhold til håndhygiejne. Og hele 13 af disse studier har vist en effekt. Marie Henriette Madsen nævner et eksempel fra Danmark:

“Fx viste et af de danske studier¹ et fald i sygefraværet blandt børnene på 34 % efter interventionen. Dette er et af de mest markante resultater, og man kan altid diskutere, om andre forhold har været medvirkende til det flotte resultat – fx sæsonvariation. Studiet giver dog et fingerpeg om, at det er muligt at rykke ved de kedelige statistikker.”

Hygiejne omfatter mange aktiviteter

Ifølge Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen fra 2000, som Statens Institut for Folkesundhed har stået for, udgjorde infektionssygdomme som forkølelse, halsbetændelse, mellemørebetændelse, luftvejsinfektioner, øjenbetændelse, mave-tarm-infektioner og influenza 91-92 % af alle akutte sygdomme hos de 1-5-årige. Og blandt 0-2-årige børn passet i forskellige dagtilbud viste der sig at være en højere risiko for akut sygdom sammenlignet med børn passet i hjemmet.

Den større risiko for akut sygdom blandt børn, der passes i dagtilbud, kan bl.a. hænge sammen med, at der i dagpasningsordningerne er mange børn samlet på ét sted, og at børnenes tætte fysiske kontakt, fx gennem leg, øger muligheden for spredning af infektionssygdomme. Almindelige infektionssygdomme overføres hyppigst via hænderne og i mindre omfang via dråbeoverførsel eller via genstande.

¹ Ladegaard MB, Stage V. Håndhygiejne og småbørnssygdom i daginstitutioner. En interventionsundersøgelse. [Hand-hygiene and sickness among small children attending day care centers. An intervention study]. Ugeskr.Læger 1999; 161(31):4396-400.

Hygiejne handler om at holde daginstitutionen fri for snavs og smitstoffer og herved forhindre udvikling af sygdom. Hygiejnerutiner i daginstitutionen kan omfatte mange aktiviteter – fx udluftning, håndtering af mad og drikke, håndtering af affald, rengøring og ikke mindst håndhygiejne, som alle har det fælles formål at bryde smitteveje med mindre sygelighed til følge.

Håndhygiejne gør en forskel

Forebyggelse af infektionssygdomme via håndhygiejne har man kendt til i sundhedssektoren siden 1800-tallet, og siden 1960'erne har der været udviklet retningslinjer for god håndhygiejne. Også på daginstitutionsområdet underbygger flere studier betydningen af god håndhygiejne som metode til at nedbringe antallet af almindelige infektionssygdomme som diaré og forkølelse.

I et dansk studie fra 2002 har man forsøgt at kortlægge faktorer for børns sygelighed i dagtilbud, og det viser sig, at standarder for hygiejne generelt og håndhygiejne specifikt har vist sig at have stor betydning for smitterisikoen i daginstitutioner.

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn og voksne i dagpasningsordninger foretager håndvask med sæbe og vand i forbindelse med følgende aktiviteter:

- Når børnene kommer ind fra udendørsarealer med jord på hænderne
- Før madlavning
- Under madlavning, når der skiftes arbejdsgang
- Før spisning
- Efter toiletbesøg
- Efter at børnene er blevet hjulpet med toiletbesøg
- Efter næsepudsning
- Efter sortering af urent tøj.

Svært at sammenligne resultater

Det er vanskeligt at udlede af studierne, om metoderne virker, og hvilke af dem der er særligt effektive. En direkte sammenligning af studierne vanskeliggøres af store forskelle i fastsættelsen af effektmål, målgrupper, metoder samt varigheden af indsatsen. Det er oplagt at måle effekt som sygdomsepisoder eller fraværsdage på grund af sygdom, men nogle studier har også adfærdsændringer i forbindelse med håndvask som effektmål i sig selv. I langt de fleste studier er hele eller dele af interventionen rettet mod børnene, men nogle steder er fokus på at påvirke personalet til at implementere bedre håndhygiejne blandt både børn og voksne.

Da studierne er så svære at sammenligne, er det ikke muligt at afgøre, hvilken rolle forbedret håndhygiejne spiller i forhold til de øvrige hygiejneområder. Og heller ikke om det er mere effektivt at rette en indsats mod bestemte målgrupper eller mod flere målgrupper samtidig.

Der kan ikke med sikkerhed skelnes mellem effekten af forskellige formidlingsformer, og det er heller ikke muligt at adskille effekten af delelementer i indsatsen, fx undervisning og rådgivning om dagtilbudenes indretning. I det hele taget er det svært at måle effekten af en simpel monitorering af adfærd eller sygdom i forhold til at benytte mere omfattende metoder med inddragelse af børn og/eller voksne. Fx peger to studier på, at selve registreringen af sygdomsperioder eller tilstedeværelsen af observatører kan medvirke til en forbedret håndhygiejne, hvilket sandsynligvis handler om, at daginstitutionerne skærper opmærksomheden på deres håndvaskeprocedurer, når de ved, at deres indsats måles.

“De forskellige studier er tilrettelagt meget forskelligt, fx hvad angår aldersgrupper og metoder brugt til at forandre håndhygiejnen i dagtilbuddet. Derfor er det ikke muligt at sige noget entydigt om, hvordan man højner håndhygiejnestandarden i daginstitutionerne. Vi kan altså ikke komme med en klar opskrift, som kommunerne kan kopiere til deres dagtilbud,” konstaterer Marie Henriette Madsen.

“Gennemgangen af studier peger dog på at det i sig selv har en betydning at skærpe fokus, enten over for personalet og derigennem også i forhold til børnene eller mere direkte over for børnene.”

Betydende faktorer

Trods dokumentationsvanskeligheder viser de fleste studier dog grundlæggende, at faldet i sygeligheden er større, jo bedre retningslinjerne for håndhygiejne bliver efterlevet.

Reaktionen fra de parter, der skal medvirke til at implementere en intervention, fx personale og sundhedsplejersker, har også stor betydning for forløbet, hvad enten de går ind i projektet med modstand eller engagement. Og Marie Henriette Madsen peger på, at man også skal sørge for, at de centrale faggrupper rent faktisk har mulighed for at yde den ønskede indsats:

“I et af de danske projekter viste det sig, at sundhedsplejerskerne ikke havde den fornødne tid til at engagere sig i projektet, og at håndhygiejneprocedurerne derfor ikke blev videreformidlet til dagtilbuddene på den måde, som det oprindeligt var tænkt.”

Desuden kan man konkludere, at de fysiske rammer i dagtilbuddet er en vigtig forudsætning for at kunne forbedre håndhygiejnen. Forandring af håndhygiejneadfærd er vanskelig at gennemføre, hvis ikke de helt basale fysiske rammer understøtter denne adfærd. Det drejer sig fx om indretning af puslepladser, placering af håndvaske og tilgængeligheden af papirhåndklæder, sæbe mv.

Metoder med effekt

Selvom det kan være vanskeligt at kåre den bedste metode til forbedring af håndhygiejnen i dagtilbud, er der dog forskellige faktorer, det er værd at overveje, når man skal tilrettelægge håndhygiejneinterventioner.

Når det gælder håndhygiejne i dagplejen, tyder flere studier på, at der er et potentiale i at koncentrere interventionerne i dagplejerens hjem frem for i en fælles legestue for områdets dagplejere. Men sammenlignet med andre dagtilbud arbejder dagplejere relativt autonomt og langt fra rådgivende instanser. Og det faktum, at børnepasningen foregår i dagplejerens hjem, hvor dagplejeren og dagplejerens families hverdag også udspiller sig, gør det vanskeligt at gennemføre interventioner på håndhygiejneområdet.

I nogle af de studier, hvor interventionerne er målrettet børnene, konkluderes det, at kombinationen mellem praktiske øvelser og videnformidling, fx gennem eventyrfortælling, sange, rim og remser, er nyttige og effektive værktøjer til at engagere og motivere de større børn til øget håndvask, men at denne metode ikke er velegnet blandt mindre børn.

I seks af de beskrevne interventioner indgår der opfølgende besøg i daginstitutionen i interventionsperioden.

“I indsatser, hvor man følger op efter fx en eller tre måneder, ser man en større effekt end i de tilfælde, hvor der ikke er nogen opfølgning efter indsatsen. Og det er jo ikke overraskende, at en senere påmindelse om, hvordan og hvornår man skal vaske hænder, vedligeholder den ønskede adfærd, fordi man derved fastholder fokus på den bestemte adfærd,” siger Marie Henriette Madsen.

Indsatsen kræver prioritering

En indsats på håndhygiejneområdet kræver en prioritering på linje med de andre aktiviteter i daginstitutionerne, ikke bare fra ledelsens side, men også fra det øvrige personale. En fuld gennemførelse af interventioner er en proces, der kræver personaleressourcer og et vedvarende fokus. På samme måde er det væsentligt for forløbet, at eventuelle eksterne parter, fx sundhedsplejerskerne, også prioriterer indsatsen.

Med den aktuelle viden om, at der rent faktisk kan skabes forbedringer i praksis, er det relevant at prioritere nye indsatser samt at formidle erfaringer og viden fra disse indsatser, så at den samlede videnbase hele tiden bliver udbygget. Håndhygiejne skal gerne være en praksis, som prioriteres permanent, og der ligger en udfordring i ikke bare at initiere adfærdsændringer, men også at vedligeholde dem.

“Det er sandsynligt, at løbende udskiftning af børn og personale i daginstitutioner betyder, at den viden, som er blevet tilført daginstitutionerne i interventionsperioderne går tabt efterhånden, og dette peger også på betydningen af en permanent prioritering af området,” understreger Marie Henriette Madsen.





FRA DOKUMENTATION OG TEORI TIL PRAKTISK FOREBYGGELSE OG SUNDHEDSFREMME

Begrebet evidens er centralt i folkesundhedsarbejdet, men hvordan kan praktikerne sørge for, at sundhedsinterventioner bygger på evidens?

Hvordan kan man som praktiker tage afsæt i dokumentation om sundhed og sygdom, inddrage teori-baserede metoder og bygge på de forhold, som kendetegner den population eller det lokalområde, som det konkrete tiltag omfatter?

Det var emnet for MPH, ph.d.-studerende Ida Husby i hendes indlæg på symposiet “Børn og forebyggelse”, 14. november 2006.

Ida Husby pointerede, at man har et særligt ansvar, når man arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme i relation til børn, fordi børn ikke umiddelbart kan sige fra og vælge at gå et andet sted hen. Omvendt er de rammer eller den praksis, som man måske ønsker at ændre, også i forvejen præget af nogle forestillinger, værdier og valg.

“Man kan fx spørge, hvorfor man må ryge i nærheden af børn i en sportshal. Eller hvorfor børn har kun 15 minutter til at spise deres frokost. Eller aktuelt hvorfor man nedsætter afgifter på sodavand. Eller hvorfor børn ikke har mere idrætsundervisning. Hvis disse spørgsmål skal besvares, vil man hurtigt komme ind på værdier og holdninger, som ikke nødvendigvis bunder i et ønske om fx at øge børns trivsel,” sagde Ida Husby.

Forebyggelse og sundhedsfremme handler i høj grad om forandringer – på individniveau og samfunds-niveau. Man må afklare, hvad der er vigtigt ved barndom, og hvad der er vigtigt i de arenaer, man arbejder i. Det er også nødvendigt at afklare, om der kan være utilsigtede effekter af indsatsen, sagde Ida Husby og fremhævede, at man skal være ydmyg, når man som professionel går ind og skaber forandringer.

“Man har et stort ansvar, og må derfor være bygget på et solidt grundlag og være omhyggelig,” fastslog hun.

Fokus på både sundhed og sygdom

Mange sundhedsfremmende indsatser bygger i dag på Ottawa-charteret, som WHO vedtog i 1986. Charteret har haft stor betydning for folkesundhedsarbejdet og vægter det tværsektorielle, det tværfaglige og et udgangspunkt i folks hverdag og deres muligheder.

“Det handler både om at fremme sundhed og forebygge sygdom. Og i relation til børn finder jeg det vigtigt at styrke sundheden og trivslen og undlade for meget fokus på sygdommen i praksis. Selvfølgelig er det vigtigt at forebygge fx fedme, men derfor kan tilgangen godt være den sundhedsfremmende, mente Ida Husby.

Evidens er centralt i folkesundhedsarbejdet

Gennem de seneste år har begrebet evidens været centralt i folkesundhedsarbejdet. Men hvad er evidens? Ida Husby fastslog, at det er systematiske oversigter af viden – altså viden opnået på baggrund af forskning/videnskabelige undersøgelser. Evidens kan være underbygget på forskellig måde – fra metaanalysen over den kontrollerede kliniske undersøgelse til casehistorier.

Sundhedsstyrelsen slår fast, at det at arbejde evidensbaseret vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden om, hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer. Ligesom i den evidensbaserede medicin er der tale om en beslutningsproces, hvor de bedste forskningsresultater inddrages og sammenholdes med praktikerens erfaring og borgernes ønsker.

At arbejde med krav om evidens stiller krav til systematik, til at bygge videre på andres viden, egne erfaringer og til selv at dokumentere sin indsats, sagde Ida Husby.

Evidens hentes inden for mange forskellige fagområder: epidemiologiske studier om forekomst og sammenhænge mellem risikofaktorer og sygdom, evalueringer af programmer, etnografiske studier om social og kulturel indflydelse på sundhedsbehov, sociologiske studier om mønstre og grunde til ulighed, politisk videnskab og historiske studier om *public policy making*-processer og økonomisk forskning om cost-effectiveness af interventioner.

“Vi må også dokumentere, hvad vi gør, og hvilke antagelser vi har, når vi bevæger os fra den empiriske forskningsmæssige evidens og teorier om sammenhænge på de naturvidenskabelige områder til den sociologiske eller psykologiske forandringsproces. På dette område er der dog ikke de samme formulerede kriterier til vurdering af styrken af evidens. Her handler det også om værdier, antagelser, erfaringer, observationer mv.,” sagde Ida Husby.

Barnets forståelse af mad og måltider

Ida Husby gik derefter over til at diskutere tre forskellige perspektiver for forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn. Hun tog udgangspunkt i tre danske forebyggelsestiltag. Det første eksempel illustrerede, hvordan barnets perspektiv og hverdag kan danne udgangspunkt for et projekt; det næste handlede om, hvordan børnenes institutioner – fx daginstitution, skole, fritidsinstitution – kan understøtte mål, som fremmer sundhed; det tredje illustrerede, hvordan man lokalt kan involvere de voksne omkring børnene og arbejde for, at de aktivt bakker børnene op i at leve sundt og have det godt.

Mad i bevægelse

Det første eksempel var projektet “Mad i bevægelse”, som startede i 2003, hvor Kræftens Bekæmpelse ønskede at sætte fokus på den mad, som børn tilbydes og spiser i sportshaller og idrætsforeninger. Hensigten var at udvikle sunde produkter og sikre, at de blev markedsført i idrætssmiljøet.

Man udviklede ikke blot sunde cateringprodukter, men undersøgte også viden om og holdninger til sund mad i idrætssmiljøet, herunder hvordan foreningerne og hallerne kunne understøtte børnenes sunde valg. Man gennemførte bl.a. en sociokulturel analyse af maden i sportshallerne, og mad blev i den forbindelse set som betydningsbærer – hvilket indebærer, at man med maden markerer en identitet. Fx blev det tydeligt, at når børnene spiser pomfritter, er der tale om en social handling – man deler og er fælles om en portion. Derfor skal sunde alternativer til pomfritterne også kunne leve op til dette krav.

“Denne type dokumentation skal også indgå i planlægning af forebyggelse. Forståelserne mad og måltider vil ændre sig og være forskellige over tid og for forskellige arenaer. Alligevel er dokumentationen vigtig for at kunne udvikle et kosttilbud, som appellerer til børnene,” sagde Ida Husby.

Sund skolemad

Ida Husby gennemgik derefter et eksempel på, hvordan en skole kan understøtte mål, som fremmer sundhed. Eksemplet illustrerer, hvordan man får ført den videnskabelige dokumentation om sund mad over i praksis og får den integreret i en skoles madtilbud. Hun havde fulgt en kommune, som hun betegnede som meget aktiv, moderne og velfungerende, som for at fremme sundhed og forebyggelse blandt børn ønskede at indføre skolekantiner. Pointen med at vise eksemplet var, at hvis man arbejder med en *setting-approach*, så skal man også analysere sin *setting*. Hvis skolen er *setting*, så er det vigtigt at forstå skolen, dens kerneydelser, dens måde at agere på, og hvordan man kan samarbejde og få fx skolemad integreret.

“I denne sammenhæng betyder det, at skolemaden skal være en del af undervisningen og den pædagogiske dagsorden. Og det er ikke svært. Skolemad er ikke kun næring *til* læring men også læring *om* næring,”

“Jeg lærer af denne intervention, at det er vigtigt at studere de organisationer, som man ønsker skal forandre sig, og at man må tilpasse forebyggelsen til organisationerne. Samt at man skal gøre sig klart, hvilket organisatorisk ophæng man giver fx skolekantiner. Hvis skolekantiner afkobles fra den pædagogiske dagsorden, risikerer man, at de nedprioriteres i dagligdagen.” sagde Ida Husby.

Børn, mad og bevægelse

Det tredje perspektiv for forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn handlede om, hvordan man lokalt kan involvere de voksne omkring børnene og arbejde for, at de aktivt bakker børnene op i at leve sundt og have det godt. Eksemplet er fra Fyns Amts projekt “Børn, mad og bevægelse”.

Også dette projekt handler i høj grad om organisationsudvikling, og hvordan det med mål om forebyggelse og sundhedsfremme er muligt at involvere andre faggrupper og personer og integrere deres målsætninger med projektets.

“I erfaringsopsamlingen fra projektet er der mange forslag til, hvad man lokalt kan gøre, og der er også meget konkrete forslag til, hvordan man lokalt kan arbejde med at udvikle sundhedspolitikker – fx refleksionsark med spørgsmål, forslag til evaluering, planlægning mv. Politikudvikling er her en metode som i høj grad involverer centrale personer, man analyserer behov, muligheder og ønsker og operationaliserer mål til et meget konkret niveau.”

Modeller til at udvikle interventioner

Ida Husby sluttede sit indlæg med at præsentere to modeller, som ofte anvendes i forbindelse med planlægning, implementering og evaluering af tiltag til at fremme sundhed og forebygge sygdom.

Precede-proceed-modellen (PP)² er en ofte anvendt model. Den er udviklet til en setting-tilgang, hvor man starter med at foretage den sociale diagnose – hvad der er vigtigt for målgruppen, hvad der har betydning for livskvalitet.

Senere foretages en epidemiologisk analyse – fx forekomst af fedme, lungekræft, mobning, uønskede graviditeter eller fyrværkeriulykker. Man analyserer det fysiske miljø (tilgængelighed, eksponering, tid, pris) og det sociale miljø (acceptabelt og efterstræbelsværdigt, kunne modstå pres, voksne som rollemodeller). Og dernæst går man over til en politisk og administrativ analyse (lærernes pauseregler, ingen politik centralt, lokalt anliggende, tradition med spisefrikvarter).

² Green LW, Kreuter MW. Health Program Planning. An educational and ecological approach. New York. McGraw-Hill, 2005.

Modellen er på linje med Ottawa-charteret, som jo netop lægger op til, at forebyggelse ikke kun sker i sundhedsvæsenet, men er en tværfaglig og tværsektoriel opgave – og at man ikke kun skal se på individuel formidling/oplysning, men også på de arenaer eller forebyggelsesmiljøer, som folk lever i.

Intervention mapping³ er en anden model til udvikling af teori- og evidensbaserede folkesundhedsinterventioner. Den har særligt fokus på hele tiden at gennemføre systematiske oversigter, behovsvurdering og på, at man skal operationalisere sine formål til meget konkrete målsætninger. Denne tilgang med at bygge på videnskabeligt grundlag, foretage analyser og formulere politikker med konkrete målsætninger blev også anvendt i det fynske projekt.

I eksemplet med skolekantineerne var der ikke anvendt en sådan metodik, og Ida Husbys pointe var, at hvis man havde gennemgået projektet med en af disse modeller, var man blevet opmærksom på vigtigheden af at bygge på eksisterende forhold og af, at alle aktører har kendskab til projektets mål og til deres rolle og opgaver.

Det er meget omfattende at arbejde med disse modeller – en gennemført planlægning med PP-modellen tager fx op til 18 måneder.

Tre anbefalinger til praktikerne

Ida Husby citerede de to forskere Green & Glasgow⁴ for, at praktikerne må:

- Vende sig mod teori og generalisere ud fra eksisterende evidens og andre felter og inddrage disse i de lokale omgivelser
- Inddrage andre praktikers erfaringer
- Inddrage eksisterende viden fra nøglepersoner, som har den bedste intuitive forståelse af og fortrolighed med den lokale population og omgivelser.

“Den første af disse tre anbefalinger handler om at inddrage teori og viden. Det er det, som man traditionelt forstår ved at arbejde evidens- og teoribaseret. Der findes efterhånden systematiske litteraturoversigter for mange emner, så man behøver ikke selv at læse sig igennem al litteraturen. I denne proces kan man med fordel vende sig mod andre områder, fx miljøområdet, for at studere, hvordan teori om forandring er anvendt i praksis. Det handler om at inddrage teori, viden og erfaringer fra studier i andre lande og på andre områder,” sagde Ida Husby.

³ Bartholomed L, Parcel G, Kok G, Gottlieb N. Planning Health Promotion Programs: Intervention Mapping. McGraw-Hill, 2006.

⁴ Green LW, Glasgow RE. Evaluating the relevance, generalization, and applicability of research: issues in external validation and translation methodology. Eval Health Prof. 2006 Mar;29(1):126-53. Review.

“Den næste anbefaling er, at man kan inddrage andre praktikers erfaringer. Det vil typisk være praktikere, som arbejder med den samme population, de samme problemer og de samme omgivelser. Man kan altså at skabe netværk regionalt eller nationalt eller måske videre til de nordiske lande for at dele viden og erfaringer. I eksemplet fra Fyn blev der inddraget teori og viden om at arbejde med lokale politikker i amtet.”

“Den sidste anbefaling er at inddrage lokale nøglepersoner, som har kendskab til den lokale population. Det kunne fx være andre lærere end lige dem, der arbejder med sundhed. At arbejde teori- og evidens-baseret handler således om at inddrage den bedste viden, bygge sine indsatser på baggrund af teoretiske overvejelser, være systematisk, eksplicitere og dokumentere og samtidig fastholde sin intuition og erfaring i forhold til at arbejde med sin målgruppe” sluttede Ida Husby sit indlæg.



Modelfoto: Michael Rieck

HVORDAN SIKRER VI VORES BØRN EN SUND FREMTID?

Selvom mindre interventionsprojekter kan give værdifulde forebyggelseserfaringer, er det vigtigt ikke at glemme den etablerede forebyggelse som de forebyggende sundhedsordninger og børnevaccinationsprogrammet.

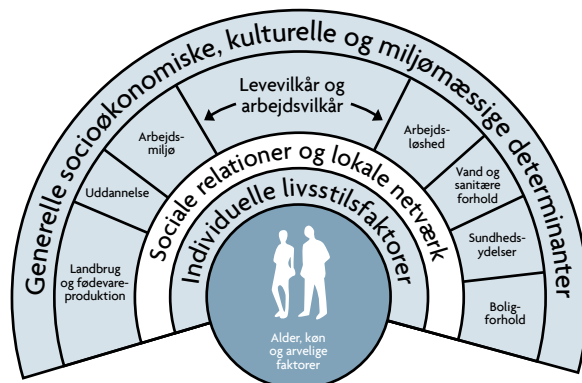
“Begrebet Sundhed viser sig ligesaa flygtigt og vidtomfattende, ligesaa vanskeligt at faa Ram på som selve Livet. Førend man fuldt har forklaret, hvad det er at leve, har man heller ikke forstaaet, hvad det er at være sund. Thi Sundhed flyder som let Skumbrus ovenpaa selve det at leve. Men det har lange Udsigter med at forklare, hvad Livet er.”

Med dette citat fra Troels-Lunds “Sundhedsbegreber i Norden i det 16. Aarhundrede”, som udkom i 1900, indledte afdelingslæge, ph.d. Anne-Marie Nybo Andersen sit indlæg på Sundhedsstyrelsens symposium “Børn og forebyggelse”, 14. november 2006. Anne-Marie Nybo Andersen var på det tidspunkt programkoordinator i forskningsprogrammet Børns Sundhed under Statens Institut for Folkesundhed.

Hendes pointe var, at det kan være vanskeligt at indkredse, hvad børnesundhed er, hvis man ikke kan definere, hvad sundhed er. Og hun advarede mod tendensen til, at det kun er sundhed, der opfattes som et plusord, mens sygdomsforebyggelse ikke har den samme status blandt mange sundhedsprofessionelle.

Mange faktorer bestemmer børns sundhed

Anne-Marie Nybo Andersen omtalte de faktorer, der har betydning for børns sundhed (se figuren, givet fra Sundhedsstyrelsens publikation “Folkesundhed og risikofaktorer”, 2006).



Børns sundhed omfatter fx

- det ydre miljø (luft, vand, stråling, boligkvalitet)
- børnenes sociale forhold (forældres arbejdstid, sociale ordninger)
- børns og børnefamiliers sundhedsadfærd (sunde fødevarer, beskyttelse mod skadelige produkter)
- sundhedsvæsenets tilbud (let og lige adgang til sundhedsydelser).

Disse og andre faktorer er med til at bestemme børns sundhed, som dermed er under indflydelse af mange politikområder ud over sundhedspolitik, sagde Anne-Marie Nybo Andersen.

“Vi ved, at trafikpolitikken har meget stor betydning for børns overlevelse, og at skolepolitikken påvirker børnenes sundhed. At sundhed bestemmes af så mange forhold i vores liv, kan gøre det vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at fastholde fokus på helbredsproblemerne. Men vi skal ikke tro, at sundhedsvæsenet kan skabe det sunde liv. I stedet bør vi gå til opgaven med ydmyghed og koncentrere os om det, vi er gode til, nemlig forebyggelse af sygdom.”

“Det gode liv” kan true forebyggelsen

Emnet for symposiet var børn og forebyggelse, og det, man vil forebygge, er jo sygdomme, skader og funktionsudytgighed samt udviklinger, der leder til sygdom på langt sigt, konstaterede Anne-Marie Nybo Andersen. Hun var opmærksom på, at sundhed er meget mere end det, men mente, at målet “det gode liv” kan true forebyggelsen af helbredsproblemer.

“Vi skal passe på ikke at smide barnet ud med badevandet. Mange steder begejstres man over et lille interventionsprojekt i en kommune, som bygger på evidens, men det er uheldigt, hvis vi glemmer at værdsætte de universelle forebyggelsessystemer, som jo gavner rigtig mange børn.”

“Den organiserede, brede forebyggelse har fordele frem for nålestiksinterventioner over for fx børn i risikogrupper. Dels kan disse snævre projekter stigmatisere de børn, man sætter ind over for, dels kan det jo være, at der er flere i ikke-rikigruppen, som har behov for forebyggelse.”

“Hvis man fx mener, at indvandrerbørn har behov for en særlig sundhedsindsats, risikerer man at marginalisere indvandrerbørnene, samtidig med at man taber mange etnisk danske børn, som har lige så stort behov,” sagde hun.

Helbredsproblemer i barndommen

Ser man på børns dødelighed, er den faldet drastisk i løbet af de seneste 25 år. Det skyldes dels færre dødsulykker, specielt i trafikken, og dels bedre behandling i sundhedsvæsenet. Men børns sygelighed

er fortsat stor: 22 % af alle børn har været syge inden for de seneste 14 dage, flest blandt de 1-2 årige, fremgår det af SUSY 2005-undersøgelsen⁵. De har infektioner (feber, forkølelse, luftvejsinfektioner) og mave- og hovedpine. Undersøgelsen viser også, at 11 % af alle børn har haft langvarig sygdom inden for det seneste år, flest blandt de 9-15 årige. Det drejer sig om infektioner, allergi og astma/astmatisk bronchitis samt følger af misdannelser og skader.

Overvægt blandt børn er et stigende problem, selvom Danmark stadig ligger nogenlunde, når man sammenligner med en række andre lande. Til gengæld ligger vi i top, når det gælder de 11-15-åriges alkoholforbrug, og der er også mange rygere blandt de 13-15-årige børn, fremgår det af Skolebørnsundersøgelsen fra 2002.

Hvis man vil forebygge sygelighed i voksenalderen, skal man sætte ind meget tidligt, pointerede Anne-Marie Nybo Andersen.

“Allerede i livet før fødslen lægges grunden til helbredet som voksen. For tidlig fødsel og væksthæmning medfører øget sygelighed (og dødelighed) i barndommen, og vi ved, at væksten i det helt tidlige liv er af betydning for udviklingen af hjertesygdom og kræft. Også det metaboliske syndrom, som kan føre til fedme og diabetes, grundlægges i barndommen,” sagde Anne-Marie Nybo Andersen.

“Forebyggelse allerede i graviditeten er altså vigtig for børns sundhed og også for deres sundhed som voksne. Vi mangler stadig viden om dette område, men Danmark er helt fremme med forskningen inden for dette felt, bl.a. med projektet “Bedre sundhed for mor og barn”, der følger 100.000 gravide og deres børn gennem flere år.”

Den etablerede forebyggelse er truet

Anne-Marie Nybo Andersen mente, at den etablerede sygdomsforebyggelse over for børn er truet. Hun kunne konstatere, at da hun selv var barn, fik hun jævnlige besøg af læge og sundhedsplejerske i børnehaven, vaccination i skolen, vitaminpiller i skolen og gratis skolemælk.

“Disse ordninger er i dag forsvundet eller gjort frivillige, og det skaber social ulighed i sundhed, fordi det så er op til forældrene at sørge for, at deres børn fx bliver vaccineret,” sagde hun og efterlyste evidens for virkningen, ikke kun når man opretter nye tiltag, men også når man nedlægger eksisterende ordninger.

Hun understregede, at den usynlige forebyggelse som fx vaccinationsprogrammet og børneundersøgelsen hos den praktiserende læge faktisk virker.

⁵ Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 og udviklingen siden 1987, Statens Institut for Folkesundhed, 2007.

“Hos en tredjedel af børnene finder lægen noget, som man skal gå videre med, og hos 14 % finder man væsentlige funktionsnedsættelser som fx nedsat syn eller hørelse eller hæmmet tale. Det er eksempler på meget væsentlige effekter af en generel forebyggelsesindsats, hvor en tidlig indsats over for problemet betyder en stor forskel for det pågældende barns udvikling.”

Men selv de forebyggelsesordninger, der fortsat er lovfæstede, gennemføres ikke i fuldt omfang, sagde Anne-Marie Nybo Andersen. Det gælder fx den forebyggende helbredsundersøgelse hos den praktiserende læge, som alle børn skal tilbydes. Her viser en kortlægning fra Sundhedsstyrelsen⁶, at under tre fjerdedele af de 2-4-årige børn får den årlige lægeundersøgelse. Kortlægningen viser også, at mange kommuner ikke sørger for, at sundhedsplejerskens rutinemæssige funktionsundersøgelser i skolen gennemføres, som loven anbefaler det. Og kun godt halvdelen af landets skoler gennemførte på kortlægningspunktet begge de lovbefalede ind- og udskolingsundersøgelser i skolen, som kommunelægen skal stå for.

Kortlægningen dokumenterede også, at de familier, der ikke deltager i børneundersøgelserne typisk er unge, er lavtuddannede, ikke er i arbejde, har lav indkomst, er indvandrere eller er enlige.

De universelle ordninger er et kerneelement i sygdomsforebyggelsen

Anne-Marie Nybo Andersen konstaterede afslutningsvis, at vi har nogle sundhedsordninger,

- der i princippet er universelle
 - anvendes af rigtig mange – potentielt af alle
- som fungerer
 - screeninger for sanse- og motoriske problemer afslører alvorlig funktionsnedsættelse hos enkelte børn
- men som også kunne mere
 - overvåge alvorlige helbredstrusler, fx begyndende fedme
 - hjælpe børnene/de unge til at tage ansvar selv.

Disse sundhedsordninger er et kerneelement i det sygdomsforebyggende arbejde med børn, sagde Anne-Marie Nybo Andersen og konkluderede:

- Forebyggelse må tage udgangspunkt i profilen af helbredsproblemer
- Sygdomsforebyggelse i barndommen har betydning nu og her og for hele livet
- De universelle forebyggende ordninger er et kerneelement i sygdomsforebyggelsen i barndommen
- Sundhed vedrører os alle og alle sfærer af vores daglige og liv og praksis.

⁶ Kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Sundhedsstyrelsen, 2005.

SUNDHEDSPÆDAGOGIK HANDLER OM VÆRDIER

Der er et spændingsfelt mellem den biomedicinske tradition og sundhedsplejerskernes egne ønsker om dialog med børnene og de unge. Og her er det sundhedspædagogikkens opgave at kortlægge værdier og værdikonflikter og dermed skabe rum for deltagelse, læring og handling.

“Et godt liv er ikke kun et spørgsmål om et godt helbred. Børn og unges opfattelse af at have det godt har lige så stor betydning for deres sundhed. Derfor må sundhedsplejerskerne i højere grad lægge den biomedicinske opfattelse af sundhed på hylden til fordel for at arbejde med sundhed som et værdiladet begreb, der ikke umiddelbart kan overføres fra ét menneske til et andet.”

Det fastslog sygeplejerske, cand.pæd. Karen Wistoft i sit indlæg om “Værdier på spil – forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge” på Sundhedsstyrelsens symposium “Børn og forebyggelse”, 14. november 2006. Hun fortalte specielt om et sundhedspædagogisk udviklingsprojekt i skolesundhedsplejen i Københavns Kommune, som kommunen i perioden 2004-2007 har gennemført i samarbejde med Danmarks Pædagogiske Universitet. Her har sundhedsplejersker, konsulenter og forskere i fællesskab undersøgt, hvilke pædagogiske kompetencer og redskaber sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle behøver for at støtte en sund udvikling i et sundt miljø blandt børn og unge.

Hvorfor værdier?

“Vi tager afsæt i WHO’s definition af sundhed, hvor sundhed ikke kun er et spørgsmål om at leve sygdomsfrit, men også handler om at leve et godt liv mht. individuelle og sociale værdier. Derfor må vi spørge: Hvilke værdier? Det er centralt at undersøge, hvordan man i forskellige sundhedspædagogiske settings skal forholde sig til værdibaserede diskussioner og processer.”

“Og vi må spørge os selv: Hvem vil hvad? Sundhedsprojektet i Københavns Kommune handler i høj grad om værdiafklaring og dermed afklaring af, hvilken rolle sundhedsprofessionelle tilskrives i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Der er særligt fokus på kompetencer til at håndtere og udnytte de værdier, der kommer i spil i den sundhedspædagogiske dialog med børn og unge, når sundhed relateres både til sygdomsperspektiver og til ‘det gode liv’,” lød det fra Karen Wistoft.

Hun forklarede, at sundhedsplejerskerne ofte møder værdikonflikter.

“De arbejder på et værdigrundlag, hvor børnene og de unge skal respekteres og involveres i diskussionen af, hvad sundhed er, og hvor der tages udgangspunkt i børnenes værdier. På den anden side er sundhedsplejen del af en biomedicinsk tradition, hvor sund levevis opfattes som noget objektivt, der ikke umiddelbart er til diskussion. Og sundhedsplejerskerne er forpligtede i forhold til de overordnede retningslinjer, der angiver fornuftige samtaleemner i dialogen med børnene, faste screeninger osv. Men retningslinjerne giver ingen støtte til at arbejde med det, der optager børnene og de unge.”

På den ene side er det altså vigtigt at få deres faglighed med den biomedicinske viden og værdier sat i spil, og på den anden side er det dybt problematisk.

“Hvis ikke vi kan finde ud af, hvad der betyder noget for børnene – hvis blot de sundhedsprofessionelle kommer med deres viden og værdier, fremmes sundheden i målgruppen ikke,” pointerede Karen Wistoft.

Sundhedsplejersker som problemløsere

Opfattelsen af, at sundhedspædagogikken skal løse sundhedsvæsenets problemer, er velkendt i sundhedsplejen. Mange sundhedsplejersker oplever, at de bliver set som problemløsere eller mini-skadestuer, og at skolen, familierne og samfundet forventer, at de overvåger og løser nogle på forhånd definerede problemstillinger med velegnede metoder.

Ifølge Karen Wistoft er overvægtsproblematikken et godt eksempel på, at man i sundhedsvæsenet – efter at have registreret tiltagende tendenser til fedme blandt børn og unge – har udviklet en række råd om mindre sukker og mere motion, som målgruppen bør følge for at tabe sig eller undgå at blive fede. Man forventer, at sundhedspædagogikken har metoder til at få målgruppen til at efterleve rådene, og der efterspørges pædagogisk forskning, som understøtter en udvikling af de mest effektive metoder for at nå de mål, der er sat af på baggrund af biomedicinsk forskning. Det er en problematisk opfattelse af, at sundhedspædagogisk forskning er lig med metodeudvikling og løsning af teknologi- og strategiproblemer defineret af anden sundhedsforskning, mente hun.

“Omverdenens forventninger svarer ikke til sundhedsplejens egne værdier, hvor engagement, deltagelse, dialog, tillid og omsorg er centrale elementer. Den biomedicinske og samfundsøkonomiske tilgang er således ude af trit med pædagogisk forskning – og omvendt – hvilket besværliggør pædagogikkens bidrag til udvikling og nytænkning inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Men det er ikke ensbetydende med, at sundhedsplejerskerne ikke har aktuelle pædagogiske muligheder, når de arbejder med de værdier, der er på spil mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolen,” sagde Karen Wistoft.

Værdier kan ikke overføres til andre

Karen Wistoft pegede på, at sundhed er et værdibegreb, som ikke umiddelbart kan overføres fra den sundhedsprofessionelle – læreren, sundhedsplejersken, pædagogen eller psykologen – til den enkelte elev i skolen. Derimod må værdier aktivt vælges, skabes eller tilegnes af børnene. Og den sundhedspædagogiske opgave bliver derfor først og fremmest at afklare værdier og sundhedsbegreber i dialog med målgrupperne.”

Karen Wistoft beskrev den sundhedspædagogiske opgave i tre trin:

- Afklare værdier og forskellige sundhedsopfattelser
- Kortlægge værdikonflikter, dilemmaer og ambivalenser
- Skabe rum for deltagelse, læring, handling og kompetenceudvikling – i en sundhedsfremmende retning.

“Sundhedspædagogikken omskriver således en traditionel opfattelse af at forme børn og unge til at leve på en foreskrevet sund måde til en anden opgave; nemlig at bidrage til, at børn og unge udvikler egne visioner om et sundt liv og sunde levevilkår og desuden udvikler kompetencer til at handle i overensstemmelse hermed,” fastslog hun.

Udviklingsprojekt i tre faser

Udviklingsprojektet i Københavns Kommune forløb over tre år og bestod af tre faser:

1. Problemidentifikation – udfordringer og udviklingsmuligheder
2. Udviklingsarbejde – eksperimenter og afprøvninger på skoler
3. Implementering og forankring – politisk indstilling og værdigrundlag

Alle tre faser havde form af selvstændige forsknings- og udviklingsforløb, men var dog ikke skarpt adskilte.

Den første fase omfattede en kortlægning af sundhedsplejerskernes praksis, deres værdier – og eventuelle værdikonflikter – samt barrierer og potentialer for udvikling af praksis. Denne fase var et helt afgørende grundlag for projektets fortsatte forløb, og følgende metoder blev anvendt:

- Analyse af handleplaner og redegørelser fra alle områder
- Workshops med dataindsamling
- Interviews (fokusgruppe og individuelle) med børn og sundhedsplejersker
- Spørgeskemaundersøgelse
- Afsluttende konference for at fastlægge fælles problemstilling og udfordring for næste fase.

Denne fase blev fulgt op af yderligere to faser, hvor nye sundhedspædagogiske principper og strategier blev udviklet, afprøvet og dokumenteret. Fx deltog 16 sundhedsplejersker i udvikling og afprøvning af

nye metoder i deres daglige arbejde. De blev inddelt i fire grupper; hver gruppe med en sundhedspædagogisk konsulent til rådgivning, sparring og “konstruktiv modstand”. Desuden gav sundhedsplejerskerne i hver gruppe hinanden indbyrdes supervision. Metoderne i denne fase var:

- Selvstændige projekter med pædagogiske eksperimenter på forskellige skoler i København med fokusområderne:
 - a) Sundhedssamtalen: en dialog om sundhed?
 - b) Skolens sundhedspolitik – hvordan kan sundhedsplejersken bidrage?
 - c) “Den åbne dør” – en ny måde at organisere og udøve skolesundhedspleje på
 - d) Sundhedssamtalen: et værksted for sundhed for de små skolebørn
 - e) Sundhedspædagogisk metodeudvikling – hvordan kan sundhedsplejersken undervise?
- Fælles workshops, seminarer og temadage
- Skriftlige projektevalueringer fra både sundhedsplejersker og konsulenter
- Samlet evaluering med konklusioner og anbefalinger
- Intern formidlingskonference.

I tredje fases implementerings- og forankringsproces blev der især fokuseret på de besluttende niveauer i kommunen. Der blev diskuteret og udviklet forankringsstrategier for en optimal udnyttelse og fastholdelse af de opnåede resultater, og repræsentanter fra både administrativt, politisk og praktisk niveau blev involveret. Som afslutning på projektet blev der holdt to konferencer – en kommunal og en tværfaglig national conference for praktikere, forskere og politikere.

Værdikonflikter i det sundhedspædagogiske arbejde

Karen Wistoft forklarede, at værdikompleksiteten i de forskellige sundhedspædagogiske praksisser er høj. Og at projektdeltagerne derfor oplevede modsætningsfyldte og indbyrdes konfliktfyldte værdier knyttet til deres professionelle roller. I forbindelse med første fase af projektet var der bl.a. tale om følgende værdikonflikter:

- At have faglig identitet som “sundhedsekspert” vs. at arbejde deltagerorienteret med forebyggelse og sundhedsfremme
- At knytte an til politiske guidelines om hensigtsmæssig sundhedsadfærd og livsstil vs. målgruppernes deltagelse i beslutningstagning
- At arbejde individorienteret vs. målgruppeorienteret
- At have uddannelsesmæssig baggrund inden for biomedicin vs. at arbejde med et bredt og værdiafklaret begreb som sundhed
- At arbejde ud fra nationale strategier for folkesundhed vs. pædagogiske mål om udvikling af handlingskompetence: børnenes og de unges indsigt, visioner, engagement og handleerfaringer.

Vis respekt og stil krav!

Afslutningsvis gennemgik Karen Wistoft den værdisafklaring, der fandt sted i forbindelse med det københavnske projekt. Det fremgik, at det for sundhedsplejerskerne bl.a. handler om at afklare egne værdier og tilkendegive dem sammen med holdninger, viden og erfaringer over for børnene og de unge. Og at det også er vigtigt at:

- Slippe kontrollen
- Være fagligt velfunderet og arbejde konkret, handlingsorienteret og sundhedsfremmende
- Tage udgangspunkt i børnenes og de unges værdier og levede liv
- Optræde ærligt og tydeligt i forhold til, hvad man vil med børnene og de unge
- Vise respekt – ikke overskride børnenes og de unges grænser
- Være fysisk tilstede i børnenes skoleliv
- Være nysgerrig: lytte, observere, spørge ind
- Inddrage børnene og de unge i udarbejdelse af mål for sundhed
- Forberede sundhedsundervisningen sammen med børnene og de unge
- Stille krav og lytte til deres egne handlingsforslag
- Kvalificere deres udsagn
- Selv deltage aktivt dvs. eksplicit med egne værdier
- Forsøge at forstå hinanden, reflektere over de forskellige værdisæt
- Give plads for og støtte til handlinger og udviklinger, der ikke lige “lå i kortene”
- Føre åbne tværfaglige dialoger og markere sig på skolen.

Dette temahæfte fokuserer på, hvilke metoder der er særligt effektive i forhold til sygdomsforebyggelse over for børn i udvalgte forebyggelsesarenaer. Temahæftet gennemgår forebyggelse af overvægt med skolen som arena, familieorienteret alkoholbehandling og metoder til forbedring af håndhygiejne i dagtilbud.

Hæftet indeholder desuden en generel diskussion om evidensbaserede forebyggelsesmetoder, og hvilke værdier der er på spil, når man taler om børn og sundhed, og desuden diskuteres, hvordan man udnytter de etablerede forebyggelsesordninger.

Med temahæftet ønsker styrelsen at formidle viden og inspiration til kommunale praktikere, planlæggere og beslutningstagere, der beskæftiger sig med børn og forebyggelse.

www.sst.dk

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Telefon 72 22 74 00
Telefax 72 22 74 11
sst@sst.dk