

Projekt "Risikable børn og unge"



Holger Højlund Karen Wistoft Liv Nanna Hansson

# Forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod børn og unge

## Indsatsen i kommunerne

Forlaget Lundtofte

**Projekt**  
**“Risikable børn og unge”**

Holger Højlund Karen Wistoft Liv Nanna Hansson

**Forebyggelse og  
sundhedsfremme  
rettet mod børn og unge**

**Indsatsen i kommunerne**



Danmarks Pædagogiske Universitetsskole  
& Copenhagen Business School

# Indhold

## **5 Forord**

## **9 Undersøgelsens organisering**

- 10 Dataindsamling
- 11 Baggrund for undersøgelsen
- 13 En pilotundersøgelse i fire kommuner
- 15 Den politiske baggrund for sundhedsfremme i kommunerne

## **19 De overordnede rammer for indsatsen for børn og unge**

- 19 Prioritering af børn og unge i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme
- 23 Organisatoriske strukturer
- 26 Ansvar og koordinering

## **29 Det udførende niveau**

- 29 Ansvar for implementering
- 31 Et dobbelt hensyn til nærhed og faglighed
- 32 Tilbagemelding
- 35 Projekters opståen og forløb
- 42 Læring i projekter
- 45 Samspil mellem institutioner
- 46 Samspil med eksterne parter

## **51 Pædagogiske og didaktiske principper**

- 51 Sundhedspædagogisk ramme og involvering
- 56 Sundhedsbegreber

## **61 Konklusion**

## **63 Hovedudfordringer**

- 63 Strategi i netværk
- 65 Projektet som organisationsform
- 66 Kombineret faglighed

## **69 Litteratur**

# Forord

Forebyggelse og sundhedsfremme har fået en stadig mere central placering i den danske sundhedspolitik. De seneste årtier har nationale reformer og sundhedsprogrammer givet anledning til ideer om en lokalt forankret sundhedsindsats, hvor borgerne er inddraget. I 2005, hvor den nye sundhedslov blev vedtaget, gennemførtes den hidtil vigtigste strukturændring i forhold til den eksisterende tankegang. Med loven fik kommunerne pr. 1. januar 2007 hovedansvar for forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne har kun fået stillet få midler til rådighed til forebyggelse og sundhedsfremme – i alt 200 mio. kr. Hver kommune har således i gennemsnit fået 2 mio. kr. til både ældre-, børn og unge- og voksenområdet. De har klare forventninger og megen vilje, men ingen evidens og ingen penge.

Denne undersøgelsesrapport belyser kommunernes indledende arbejde med at integrere de nye opgaver med forebyggelse og sundhedsfremme med særligt fokus på målgruppen børn og unge. Den udfordring, kommunerne står over for, er til at tage og føle på. Samtidig med at de møder en række nye opgaver, hvor opgaveindholdet endnu ikke er defineret, forventes de at indløse en målsætning om at integrere en samlet og bred indsats tæt på borgerne. Forholdet mellem egne institutioner er sat på prøve. Selvom veletablerede institutioner er hjørnesten i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, så kræver de nye aktiviteter tværgående strukturer og på sin vis også en ny kultur for samarbejde. Det betyder, at de kommunale aktører i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme må se sig selv og hinanden i projekter, der griber ind over traditionelle skel.

Rapporten giver et billede af de strategiske valg, kommunerne har foretaget i arbejdet med at omsætte sundhedsloves målsætninger om forebyggelse og sundhedsfremme til konkrete tiltag. Der er fokuseret på organisering og udførsel. Hvilke

modeller er valgt, hvor ligger ansvaret for opgaverne placeret, gør kommunerne brug af netværksorganisering i involveringen af interne og eksterne aktører? Desuden giver rapporten et første samlet indtryk af igangsatte projekter med forebyggelse og sundhedsfremme på et enkelt serviceområde, nærmere bestemt indsatsen for børn og unge. Rapporten præsenterer viden om, hvilke erfaringer man har gjort sig, hvilke sundhedsbegreber der definerer områdets projekter, og hvordan deltagelse og læring er tænkt ind i områdets aktiviteter.

Undersøgelsens fokus på et enkelt serviceområde har gjort det muligt at gå i dybden med nogle af de tværgående udfordringer, der møder de kommunale institutioner, når opgaverne med forebyggelse og sundhedsfremme tages op ved siden af den eksisterende opgaveløsning. Hensigten har været at tilvejebringe viden om dels en række organisatorisk-ledelsesmæssige forhold omkring opgavevaretagelsen, dels de pædagogiske principper bag de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. De pædagogiske principper er desuden beskrevet mere indgående i den efterfølgende rapport (nr. 3). Det har været afgørende både at opnå viden om, hvilke ansvars- og samarbejdsforhold der gør sig gældende, og hvilke ideer omkring inddragelse af børn og unge der ligger til grund for indsatsen.

Undersøgelsens design er kvantitativt, men med en kvalitativ orientering i flere af spørgeguidens spørgsmål. Rapporten indeholder således en omfattende viden fra 72 af landets 98 kommuner i forhold til tre hovedområder:

1. Den overordnede placering af sundhedsfremme- og forebyggelse i den kommunale organisation
2. Organisering af indsatsen for børn og unge – med fokus på ansvarsforhold, samarbejdsformer og netværk med eksterne aktører
3. Pædagogiske principper – med fokus på deltagelsesformer og det bagvedliggende sundhedsbegreb

Med udgangspunkt i undersøgelsens tre områder udpeges en række konkrete udfordringer i forhold til aktiviteter rettet mod børn og unge. En første vigtig udfordring handler i denne sammenhæng om sammentænkningen af et sundhedsfagligt og pædagogisk perspektiv. En anden vigtig udfordring handler om mulige konflikter mellem et snævert risiko-orienteret og bredt livsstilsorienteret

sundhedsbegreb. I undersøgelsen argumenteres for, at forebyggelse og sundhedsfremme åbner for særlige strategiske udfordringer, fordi tværgående aktiviteter nødvendigvis må baseres på nye samarbejdsmodeller. Med ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme er kommunerne stillet over for at skulle gennemtænke både interne og eksterne relationer på ny.

**Holger Højlund**

*Ph.d., lektor*

*Copenhagen  
Business School*

**Karen Wistoft**

*Ph.d., post doc.*

*Danmarks Pædagogiske  
Universitetsskole,  
Århus Universitet*

**Liv Nanna Hansson**

*Forskningsassistent*

*Copenhagen  
Business School*

# Undersøgelsens organisering

Undersøgelsen “Forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge” er del af et igangværende projekt, *Risikable børn*, finansieret af Forskningsrådet for Samfund og Erhverv (Wistoft et al. 2007). I projektet *Risikable børn* er forskellige perspektiver på sundhed bragt sammen, og det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde med børn og unge søges afdækket dels fra et ledelsesmæssigt, og dels fra et pædagogisk udgangspunkt. To undersøgelser er tidligere udkommet i projektet, dels en undersøgelse kaldet *Unge Hjerter* (Wistoft et al. 2008), der handler om børn og unges sundhedsopfattelser med særlig vægtning af deres viden og kompetencer i forhold til hjerte- karsygdomme, dels en mindre pilotundersøgelse af fire kommuners arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge (Højlund & Wistoft 2008).

Denne undersøgelse er gennemført i sommeren 2008 og efterfølgende dataanalyse og fortolkning er gennemført i efteråret 2008 af forskere fra to forskningsmiljøer, dels Institut for Ledelse, Politik og Filosofi på Copenhagen Business School, dels forskningsprogrammet for Miljø- og sundhedspædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Århus Universitet. Dataindsamling er foretaget af forskningsassistenterne Liv Nanna Hansson og Marie Hauge Wegner, Liv har desuden været medforfatter på den afsluttende rapport. Forskere er Holger Højlund og Karen Wistoft. Professor Bjarne Bruun Jensen, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole har været tilknyttet.

I en efterfølgende undersøgelse (rapport nr. 3) er der foretaget en række dybtgående interviews med ledere og aktører på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet i fem udvalgte kommuner. Den kvalitative undersøgelse følger op på denne rapport og går i dybden med de pædagogisk og ledelsesmæssige udfordringer for den kommunale indsats rettet mod børn og unge. Denne undersøgelse publiceres ligeledes i foråret 2009.

## Dataindsamling

Nærværende undersøgelse bygger på personlige telefoninterview i 72 kommuner foretaget i perioden 1. april til 30. juni og 10. til 17. august 2008. Samtlige af landets 98 kommuner er blevet ringet op. Kommunernes sundhedschefer har været første kontaktpersoner. I de fleste tilfælde har sundhedscheferne herefter henvist til en nøgleperson i kommunen, såsom en sundhedskordinator, en ledende sundhedsplejerske eller en anden fagligt ansvarlig, som efterfølgende er blevet kontaktet og har deltaget i interviewet.

Det generelle billede er, at interviewets første del om den overordnede placering af forebyggelse og sundhedsfremme i kommunen er blevet besvaret af en sundhedschef, mens den anden og tredje del, om henholdsvis organisering på børne- og ungeområdet og de pædagogiske principper bag, udelukkende er blevet besvaret af en nøgleperson hentet fra arbejdet med sundhedsfremme. I nogle tilfælde har denne nøgleperson også besvaret spørgsmålene angående den overordnede placering.

I alt har 72 ud af de 98 kommuner deltaget i et interview. Hvert interview har typisk varet 15-20 minutter. Et standardiseret spørgeskema omhandlende tre temaer og bestående af 11 spørgsmål har ligget til grund for interviewene. Spørgsmålene har været blandede med både åbne og lukkede spørgsmål. En del spørgsmål har haft underkategorier med anmodning om at begrunde eller eksemplificere det givne standpunkt.

Temaer i undersøgelsen har været:

1. Overordnet placering af sundhedsfremme og forebyggelse i den kommunale organisation
2. Organisering af indsatsen for børn og unge – med fokus på ansvarsforhold samarbejdsformer og netværk med eksterne aktører
3. Pædagogiske principper – med fokus på deltagelsesformer og det bagvedliggende sundhedsbegreb



Enkeltpørgsmål har omhandlet:

- Organisatorisk enhed med hovedansvar for forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge i bred forstand, dvs. fra 0-18 år.
- Begrundelser for placering
- Forskellige nøglepersoner med ansvar for aktiviteter for børn og unge
- Prioritering af opgaver
- Tværgående samarbejde
- Lokale handleplaner
- Samarbejde mellem egne institutioner
- Samarbejde med eksterne aktører
- Sundhedsopfattelser og perspektiver
- Inddragelse af børn og unge

En bagvedliggende antagelse for undersøgelsen er, at forebyggelse og sundhedsfremme åbner for nye forventninger fra medarbejdere, borgere, om en forstærket indsats, prioritering og koordinering på tværs. Nye netværksstrukturer fordrer et tværgående samarbejde. Det betyder, at eksisterende ansvarsområder overskrides, og konkurrerende værdier bliver sat i spil.

## **Baggrund for undersøgelsen**

Kigger man i Sundhedsloven (2005), er der ikke formuleret krav om særlige tiltag eller initiativer i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne har fået en række nye sundhedsopgaver såsom behandling for alkohol- og narkotikamisbrug og genoptræning efter sygehusophold, men i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme er kravene holdt i relativt generelle formuleringer som, at kommunerne skal skabe “rammer for en sund hverdag” og “etablere forebyggende sundhedsfremmende tilbud” (Lov 546).

På sin vis er det ikke en ny ting med forebyggelse og sundhedsfremme i kommunalt regi, også tidligere har kommunerne haft ansvar for dele af det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, således har f.eks. en del af det kriminalpræventive arbejde samt forebyggelse i forhold til ældre i form af forebyggende hjemme-

Besøg ligget placeret i kommunerne. Endvidere har sundhedsplejen og hjemme-sygeplejen altid været organiseret kommunalt. Ikke desto mindre er Sundhedsloven udtryk for en markant ændring. Det er første gang, samme lov dækker så mange aktører på sundhedsområdet og implicerer så forskellige fag- og videns-felter.

Desuden ligger det nye i Sundhedsloven i, at kommunerne med loven har fået et hovedansvar for opgaverne, og at borgerne er blevet identificeret som en samlet målgruppe for indsatsen. Som det hedder i Sundhedsloven, er det blevet kommunalbestyrelsens ansvar at skabe rammer for en sund levevis blandt alle borgere. Dette skal ske dels gennem varetagelse af kommunens opgaver, dels gennem at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne (Lov nr. 546 af 24. juni 2005, kapitel 35, § 119). En sådan lokal og helhedsorienteret forankring af opgaverne er udtryk for en nyorientering af det forebyggende og sundhedsfrem-mende arbejde.

Der er i Sundhedsloven heller ikke formuleret krav om, at hver enkelt kommune skal have en egentlig sundhedspolitik. Det skal dog siges, at både Sundhedsstyrelsen og Kommunernes Landsforening i forlængelse af loven har anbefalet kommunerne at formulere sådanne (jf. Sundhedsstyrelsen 2006; Kommunernes Landsforening 2006). En anbefaling, som størstedelen af kommuner har valgt at følge, hvilket flere undersøgelser allerede har vist. Af undersøgelserne fremgår det, at de fleste kommuner i dag har færdiggjort eller er i gang med at færdiggøre individuelle sundhedspolitikker (Statens Institut for Folkesundhed 2007; Sundhedsstyrelsen 2008). Kommunerne er med andre ord nået langt i arbejdet med sundheds-politikker, hvilket betyder, at de politiske og strategiske forudsætninger skulle være kommet på plads for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Hvor langt kommunerne er nået i det mere direkte arbejde med at forankre forebyg-gelse og sundhedsfremme i organisationen, kan nærværende rapport være med til at belyse. Sundhedsfremme og forebyggelse er indskrevet i de enkelte kommunes sundhedspolitikker på linje med andre opgaveområder, men i hvilket omfang og hvordan en sådan strategisk forankring er blevet fulgt op af egentlige aktivite-ter, er indtil videre analyseret i mindre omfang. Kigger man i kommunernes sundhedspolitikker fremgår det, at sundhedsfremme og forebyggelse er tænkt som aktiviteter, der går på tværs af eksisterende politik- og sektorområder, ligesom opgaverne også i forhold til det forvaltningsmæssige ansvar forstås som delt mel-

lem flere forvaltninger. Sådan ser de politiske udmeldinger ud, når man kigger i kommunernes sundhedspolitikker. Spørgsmålet er, hvordan det ser ud i forhold til den konkrete indsats, om der her er udviklet tværgående enheder og organisatoriske strukturer for samarbejdet.

Et første indtryk af tingenes tilstand fik vi gennem en pilotundersøgelse foretaget i fire kommuner i vinteren 2007/2008 (Højlund & Wistoft 2008).

## **En pilotundersøgelse i fire kommuner**

I den gennemførte undersøgelse blev to land- og to bykommuner besøgt. Hensigten var dels at drøfte det generelle arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse med kommunerne, og dels at høre nærmere om børne- og ungeområdet. Vores indtryk var det samme i alle fire kommuner: De kommunale sundhedschefer og ledende medarbejdere var dybt motiverede for og engagerede i at etablere sundhedsfremme og forebyggelse for børn og unge, men udtrykte også tydelig nøgternhed i forhold til perspektiverne for arbejdet.

Et samstemmende budskab på tværs af kommunerne var, at det ville komme til at tage tid for alvor at forankre sundhedsfremme og forebyggelse i organisationen. En sådan forankring ville skulle tage udgangspunkt i de allerede eksisterende opgaver, som herefter skulle afstemmes med de nye sundhedsfremmeopgaver, var budskabet fra cheferne. Selvom forebyggelse og sundhedsfremme altså ville tage udgangspunkt i værdier og i målsætninger, som i en vis udstrækning allerede var kendte på børne- og ungeområdet, så måtte de nye opgaver samtidig etableres på et selvstændigt sundhedsmæssigt værdigrundlag, hvis man ville have de udførende medarbejdere med på ideerne.

Én af de adspurgte ledere formulerede den nærværende udfordring som et spørgsmål om, at medarbejdere skulle kunne se en oplagt gevinst ved at tage de nye sundhedsopgaver ind, særligt hvis ressourcerne, der fulgte med, var sparsomme. *“Det er ikke nok, at der er stor politisk bevågenhed omkring et tema”,* sagde han. *“Nye ideer skal også vække genklang længere nede i organisationen, og det sker kun, hvis man kan sælge ideerne som fornyende, samtidig med at de virker i samspillet med allerede eksisterende opgaver”,* var lederens udmelding.

En anden leder gav udtryk for vigtigheden af realistisk sans. Prioritering var for hende et nøgleord i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Der var masser af fine ideer i omløb og gode erfaringer at lære af, så udfordringen bestod, ifølge denne leder, ikke så meget i at finde velegnede projekter, men snarere i at vælge ud. Når eksempelvis politikere efterspurgte både en målrettet indsats mod særligt udsatte grupper og samtidig ønskede en generel indsats, så handlede det om fra administrativt hold at udvise realistisk sans, var lederens budskab. *“Man skal give politikerne projekter at vælge imellem, eller endnu bedre give dem projekter, hvor der bliver slået flere fluer med et smæk”*, sagde hun.

Samlet set fortæller pilotundersøgelsen, om nogle af de udfordringer, der har mødt kommunerne i det første arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme. Et samlet indtryk fra undersøgelsen er, at arbejdet med tværgående koordinering har stået centralt. Ifølge flere af de interviewede, har det været krævende at skulle tænke den forebyggende og sundhedsfremmende indsats på tværs og samtidigt rettet mod specifikke målgrupper. Udfordringen har med andre ord været at få enderne til at mødes i en politisk virkelighed, hvor de ældre som en stor og ressourcetung gruppe stadigvæk synes at fylde meget i billedet, mens der samtidig er kommet fokus på andre målgrupper. En sundhedschef formulerede det som et dobbelt pres, hvor nogle politikere (underforstået, de ressourcebevidste politikere) tænker i ældre, mens andre politikere (underforstået, de politikere med en orientering mod kommunens borgere som helhed) taler for andre målgrupper.

Pilotundersøgelsen har givet et billede af fire kommuners forskellige veje til at etablere sundhedsfremme og forebyggelse som et tværgående policy-område. For de interviewede sundhedschefer og ledende medarbejdere er den strategiske udfordring indlysende. I forhold til børn og unge handler det om at forankre det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde i de eksisterende institutioner og samtidig udvikling af nye strukturer for samspil.

Før vi præsenterer det empiriske materiale fra den følgende undersøgelse af forebyggelse og sundhedsfremme på området for børn og unge, er det formålstjenligt på et lidt mere generelt plan at ridse den politiske baggrund op for den nuværende situation i de danske kommuner.

## Den politiske baggrund for sundhedsfremme i kommunerne

Man kan argumentere for, at forebyggelse og sundhedsfremme har fået en stadig mere central placering i sundhedspolitikken gennem de seneste fire årtier. I 1970-80'erne sås et gradvist skift fra et snævert til et bredt sundhedsbegreb. I 1990'erne gennemførte den daværende regering en række sundhedsreformer, herunder folkesundhedsprogrammet i 1998 som et samlet udtryk for tankerne om en nationalt motiveret, men lokalt forankret sundhedsindsats (Højlund & Larsen 2001). I 2002 videreførtes folkesundhedsprogrammet under en ny regering og under et nyt navn. I 2005 blev Sundhedsloven revideret, og den reorientering af sundhedspolitikken, som tog sin begyndelse i 1970'erne og konsolideredes med nationale programmer i 1990'erne fik hermed et lovmæssigt grundlag.

Kigger man på loven fra 2005, er der en tydelig markering af samspillet mellem tre niveauer i sundhedsindsatsen. En lokalt forankret forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne er tænkt kombineret med et regionalt sundhedsvæsen, der tager sig af den kliniske og specialiserede behandlingsmæssige indsats, mens et nationalt niveau udstikker de bærende principper og retningslinjer samt indsamler og bearbejder information, altså agerer strategisk overbygning for sundhedsindsatsen.

*“Flere og flere borgere ønsker at gøre noget for deres sundhed og efterspørger i stigende grad forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Med den nye sundhedslov er forebyggelse og sundhedsfremme et område, hvor kommunen skal gøre en forskel. Det fremhæves, at kommunen bliver ansvarlig for at skabe rammer for en sund levevis. Det giver god mening, fordi kommunen danner rammen om en stor del af borgernes daglige liv. Det gælder f.eks. for børnene i daginstitutionerne og i skolerne, og det gælder for de borgere, der benytter plejehjemmene og hjemmeplejen. Det er netop her – i dagliglivet – at forebyggelse og sundhedsfremme kan gøre en forskel. Derfor er kommunens indsats afgørende, når det handler om at skabe rammer for et sundt liv for kommunens borgere.” (Sundhedsstyrelsen 2005b: Kommunen skal og kan gøre en forskel)*

Citatet vidner om, at kommunerne som hovedansvarlig for de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud har fået en central placering i sundhedsindsatsen. Kommunerne er blevet gjort til bærende enheder for den del af sundhedspolitik-

ken, der ligger tættest på borgerne. Det handler om borgernes dagligliv og de institutioner, hvor borgerne er i kontakt med det offentlige. Det er ikke lagt fast, hvilke opgaver en sådan målsætning involverer. Men som det fremgår af det nedenstående uddrag, handler det både om et generelt tilbud og om mere specifikke aktiviteter rettet mod særlige målgrupper, i denne sammenhæng er et bærende princip at være helhedsorienteret.

*“Fra 2007 får kommunerne ansvaret for nye opgaver på sundhedsområdet. De skal være med til at fremme sundheden og forebygge sygdomme blandt kommunens borgere. De skal tilbyde genoptræning, sikre behandling for alkohol og stofmisbrug og ikke mindst være med til at finansiere borgernes indlæggelser. Derfor er der god grund til at forebygge sygdom, men det kræver, at kommunerne er rustet til opgaven og tænker helhedsorienteret, samt at der udvikles forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne.” (Sundhedsstyrelsen 2005b)*

Sundhedsfremme og forebyggelse er tænkt bredt, og intentionen er, at det skal indgå som en strategisk og politisk målsætning på linje med andre målsætninger.

*“Det politiske fokus på sundhedsområdet kan yderligere skærpes ved, at sundhedsmæssige konsekvenser systematisk indgår i alle politiske dagsordener.” (Socialchef i oplæg fra møde om det fremtidige samarbejde på sundhedsområdet, Sundhedsstyrelsen 2005a: 7)*

Endvidere er intentionen, at sundhedsfremme og forebyggelse skal indgå som et tværgående indsatsområde baseret på samarbejde mellem flere forvaltninger.

*“Sundhedsfremme og forebyggelse foregår ikke kun i sundhedssektoren. Det sker i høj grad også inden for børne- og ungeområdet, arbejdsmarkedsområdet, socialområdet samt teknik- og miljøområdet. For at få den bedste effekt er det afgørende, at kommunen tænker i sundhedsfremme på tværs af forvaltninger.” (Sundhedsstyrelsen 2005b: Sundhed går på tværs af sektorer)*

De to ovenstående citater illustrerer, at to præmisser er afgørende for måden sundhedsfremme og forebyggelse er tænkt integreret i kommunerne på. På den ene side ses en præmis af politisk-strategisk karakter, hvor kommunalpolitikkerne forventes at medtænke sundhedsaspekter, når de prioriterer opgaver. På den anden

side ses en præmis af forvaltningsmæssig karakter, hvor det handler om, at forvaltninger i forhold til en konkret opgaveløsning forventes at indgå i tværgående samarbejde.

Når der i undersøgelsen går i dybden med arbejdet for børn og unge, er det mest i forhold til det forvaltningsmæssige og udførende niveau, mens det politiske niveau i mindre grad diskuteres. Det nedenstående citat illustrerer et højt ambitionsniveau i forhold til udførsel. I citatet er forebyggelse og sundhedsfremme kædet sammen med kvalitet i samtlige af de tilbud, kommunen er ansvarlig for. Som det fremgår, handler sundhedsfremme og forebyggelse både om at formulere selvstændige tilbud og aktiviteter samt om at tilføre kvalitet til andre aktiviteter.

*“Forebyggelse og sundhedsfremme bør tænkes ind i alle kommunens opgaver. De forskellige aktører kan alle bidrage til at understøtte kommunens målsætninger og handleplaner og give borgerne mere kvalitet i de tilbud kommunen er ansvarlig for.” (Sundhedsstyrelsen 2000b: Sundhed går på tværs af sektorer)*

Herefter følger en præsentation og analyse af undersøgelsens dataresultater.

# De overordnede rammer for indsatsen for børn og unge

I undersøgelsen er der spurgt til de overordnede rammer for arbejdet med børn og unge. Hvordan er prioriteringen af børn og unge i forhold til andre målgrupper? Hvilke politiske udvalg er involveret i behandlingen af sager omkring forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod børn og unge? Hos hvilken nøgleperson og i hvilken organisatorisk enhed ligger hovedansvaret placeret?

## Prioritering af børn og unge i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme

Kigger vi først på spørgsmålet om prioritering, så er det tydeligt, at målgruppen børn og unge er prioriteret forskelligt fra kommune til kommune. I undersøgelsen har vi erfaret, at eksempelvis nogle kommuner lægger vægt på at starte tidligst muligt og fokuserer på jordmødres, lægers og sundhedsplejerskernes opsøgende arbejde i forhold til socialt udsatte familier, unge mødre og andre særlige målgrupper, mens andre kommuner lægger vægten senere i barneårene og prioriterer det generelle arbejde i eksempelvis dagtilbud, skoler og fritidsordninger højere.

Sundhedsstyrelsens kortlægning af kommunernes sundhedspolitikker viser, at de fleste kommuner har beskrevet, hvilke opgaver og aktiviteter i kommunen der har et sundhedsfagligt indhold, men samtidig viser undersøgelsen, at færre kommuner har formuleret egentlige målsætninger for disse aktiviteter. Heller ikke handleplaner for indsatsområder er særligt udbredte, og kun ganske få kommuner har fastsat de økonomiske rammer for de enkelte indsatser (Sundhedsstyrelsen 2008: 12-13). I sundhedspolitikkerne kan målene for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde med andre ord karakteriseres som værende relativt lav. En sådan manglende synlighed kan have flere forklaringer. Én god grund kan være,



at man i kommunerne i højere grad tænker sundhedspolitikken som et strategisk pejlemærke, snarere end som et dokument for egentlig opgavebeskrivelse, og at de mere indholdsspecifikke beskrivelser derfor ligger andre steder i den kommunale organisation. En anden forklaring kan ligge i, at man i kommunerne har behov for fleksibilitet på det strategiske niveau, hvilket gør alt for håndfaste beskrivelser ufor- delagtige.

I Sundhedsstyrelsens kortlægning får man et fingerpeg om, hvordan arbejdet med børn og unge er prioriteret i kommunerne, idet kommunerne er bedt om at vur- dere, hvilke målgrupper de mener, det vil være relevant med yderligere viden om. Kommunernes besvarelser placerer børn og unge som den anden hyppigst nævnte gruppe. Således har 47 % af kommunerne nævnt børn og unge som en målgruppe, hvortil yderligere information er relevant. Kun "udsatte grupper" er nævnt oftere, mens "svækkede ældre" er den mest sjældent nævnte gruppe (Sundhedsstyrelsen 2000: 36). Resultatet kan fortolkes både som et udtryk for, at ældre allerede er dæk- ket godt ind i forhold til viden, mens børn og unge er tilsvarende dårligt stillede, og som et udtryk for at børn og unge er kommet i fokus.

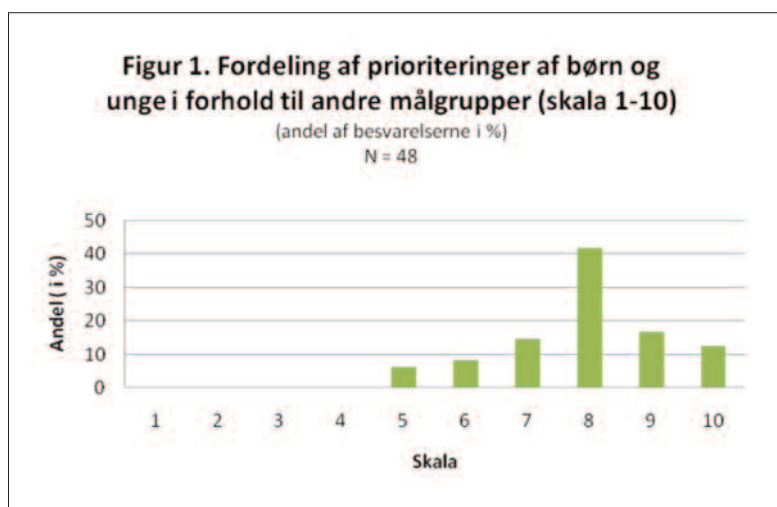
I den nærværende undersøgelse har vi bedt sundhedscheferne om at vurdere på en skala fra 1-10 (hvor 10 er den højest mulige prioritering), hvor højt arbejdet med børn og unge er prioriteret i forhold til arbejdet med andre målgrupper som f.eks. ældre. Informanternes vurderinger er meget positive, og mange informan- ter udtrykker, at børn og unge er et særligt fokusområde i kommunens sund- hedspolitik, og at kommunens politikere ønsker at sætte ind med forebyggelse og sundhedsfremme tidligt i borgerens liv. Et samlet gennemsnit af besvarelserne er 7,9<sup>1</sup> på skalaen, og variansen i populationen er lille, således angiver 40 % af de kommuner, der besvarer spørgsmålet, at børn og unge prioriteres til et 8-tal (jf. figur 1). Dette tal er udtryk for informanternes egne vurderinger. Hvad der hos hvert enkelt informant ligger til grund for vurderingen, er vanskeligt at sige, men det må formodes, at nogle kan have givet udtryk for den politiske prioritering i

---

1 Det skal bemærkes, at informanter fra 17 kommuner (24 % af undersøgelsens kommuner) ikke mente, at de var i stand til at sætte deres vurdering ind på en sådan skala, og at 7 kommuner (10 %) ikke har besvaret spørgsmålet. Af disse grunde baserer ovenstående sig udelukkende på de 48 kommuner (67 % af de 72 deltagende kommuner), der har besvaret spørgsmålet.

kommunen, mens andre har forstået spørgsmålet som en vurdering af arbejdets omfang i praksis.

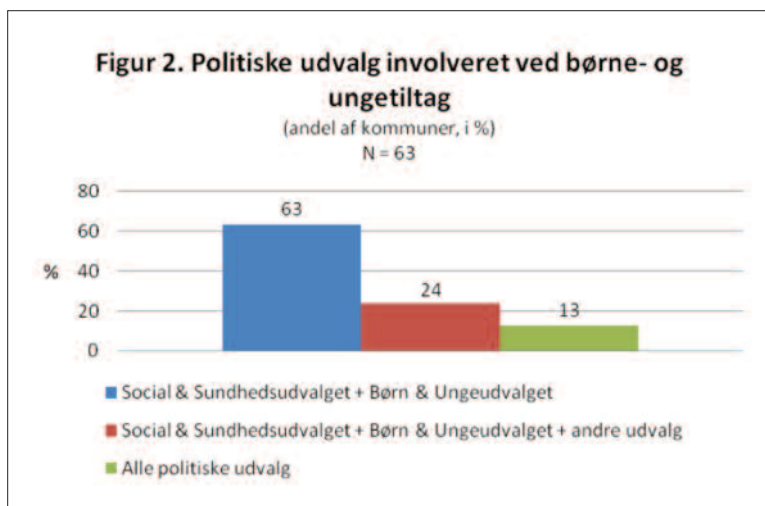
Overordnet set kan vurderingerne dog ses som et udtryk for en meget positiv holdning til det kommunale arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge.



Af nogle informanter bliver det nævnt, at der fra politisk hold er udtrykt ønske om et større fokus på børn og unge, men at begrænsninger i budgettet ikke tillader ændringer i retning af denne målgruppe, fordi andre målgrupper for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, f.eks. ældre, er mere ressourcekrævende. Enkelte informanter mener endog, at sundhedsfremme og forebyggelse blandt børn og unge til tider bliver overset eller underprioriteret. Gruppen af informanter, der mener dette, er dog relativt beskedne. Det generelle indtryk af kommunernes prioritering af børn og unge er, at denne målgruppe er højt prioriteret, at sundhedsfremme og forebyggelse er en ny kommunal opgave, og at der derfor er et stort politisk fokus på opgaven.

Kommunerne tager opgaven med forebyggelse og sundhedsfremme alvorligt. Som det fremgår af kommunernes svar vedrørende den politiske behandling af sager vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge, så gælder det for langt størstedelen af kommunernes vedkommende (63 %), at disse sager drøftes i

både de politiske udvalg, der har at gøre med sundhed og med børn og unge (jf. figur 2). I hver fjerde kommune (24 %) inddrages også andre politiske udvalg, såsom Kultur- og Fritidsudvalget, Idrætsudvalget, Integrationsudvalget eller Teknisk udvalg. I 13 % af kommunerne skal sådanne beslutninger tages op i alle udvalg, hvilket i praksis f.eks. kan ske gennem en nedsat styregruppe med repræsentanter fra alle forvaltninger. Flere kommuner angiver, at det ikke ligger entydigt fast, i hvilket udvalg et tiltag bliver behandlet, men at det i stedet afhænger af selve tiltagets indhold.



I forhold til det politiske niveau må det formodes, at situationen i kommunerne stadigvæk er præget af det store fokus, der har været på sundhed de seneste år. Her er billedet, at de fleste kommuner har haft en bred involvering af flere forvaltninger og flere eksterne parter (jf. Sundhedsstyrelsen 2008). Det er et indtryk fra undersøgelsen, at nogle kommuner stadigvæk involverer bredt i alle sager relateret til sundhed, mens andre kommuner fokuserer involveringen fra sag til sag, så kun de berørte politiske udvalg er inddragede.

Forhold omkring organisatorisk placering, ansvar og koordinering vil blive taget op i det følgende afsnit.

## Organisatoriske strukturer

De danske kommuner har som bekendt en næsten uindskrænket frihed til selv at vælge udvalgsstruktur og forvaltningsmodel. Trods visse ligheder er billedet oftest heterogent i forhold til aktiviteter for børn og unge, her er situationen, at nogle kommuner har valgt at placere opgaverne i en samlet forvaltning, mens andre kommuner har delt opgaverne med børn og unge mellem flere forvaltninger, sådan at f.eks. daginstitutioner er placeret i socialforvaltning, mens folkeskoler ligger i skole og kultur-forvaltningen. Dermed ses også en række forskellige måder at organisere opgaven omkring forebyggelse og sundhedsfremme på.

Ser vi først på den mere generelle placering af sundhed i de kommunale forvaltninger, så er billedet, at omkring halvdelen af kommunerne har placeret sundhed sammen med andre forvaltningsområder.<sup>2</sup> Godt 54 % af kommunerne angiver således, at sundhedsforvaltningen er lagt sammen med en anden forvaltning, i langt de fleste tilfælde socialforvaltning eller forvaltning for omsorg og ældre. Lidt færre, dvs. 46 % af kommunerne, angiver, at de har en selvstændig sundhedsforvaltning. Dette fund er i god overensstemmelse med Sundhedsstyrelsen vurdering af, at 42 % af alle danske kommuner i starten af 2008 havde en selvstændig forvaltningsenhed på sundhedsområdet (Sundhedsstyrelsen 2008).

En yderligere indkredsning er mulig i forhold til organisering og placering af opgaver. Ser vi således på forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til børn og unge, er billedet i de adspurgte kommuner, at langt de fleste kommuner, dvs. godt 83 %, har en eller flere personer med særligt ansvar for dette område. Langt oftest er det en person med en sundhedsfaglig baggrund, der har hovedansvaret, det være sig tandlæge, sygeplejerske, sundhedsplejerske, læge eller en person med en mastergrad inden for sundhedsområdet, mens det i få tilfælde er en person med anden faglig baggrund, f.eks. fra det pædagogiske felt.

---

2 Ud fra besvarelserne har det ikke i 9 ud af de 72 kommuner, som undersøgelsen omfatter (13 %), været muligt at se, i hvilken forvaltning sundhed ligger. Følgende afsnit omfatter således 63 kommuner, der har besvaret dette spørgsmål som en del af deres samlede besvarelse.

I 16 af kommunerne er personen med særligt ansvar en ledende sundhedsplejerske, mens det også hyppigt er en sundhedskonsulent eller en sundhedskordinator, der har hovedansvaret, nærmere bestemt i 10 af kommunerne.

I 16 af kommunerne nævnes en person på direktør- eller chefniveau som personen med særligt ansvar. Det kan man forestille sig ikke giver en tilsvarende koncentreret arbejdsindsats på området, som i de kommuner, hvor det særlige ansvar er placeret hos en person med færre ansvarsområder end en direktør. På den anden side afspejler placeringen af ansvaret hos en leder også prioriteringen af børn og unge som et særligt vigtigt område i forhold til at sikre en forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

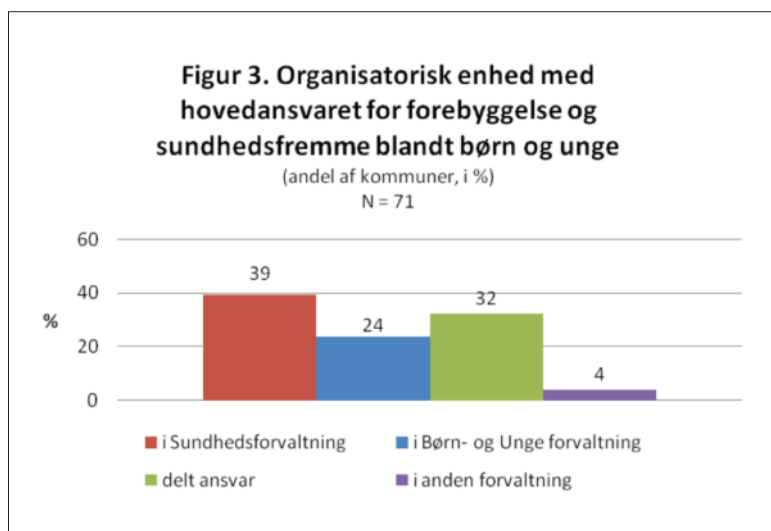
**Eksempler på faggrupper med særligt ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge:**

- Ledende sundhedsplejerske
- Sundhedskonsulent/koordinator
- Direktør el. chef (i Sundhed eller Børn & Unge)
- Pædagog
- Specialkonsulent

Af interviewpersonernes svar fremgår det, at det i enkelte kommuner er en specialkonsulent, som er særlig nøgleperson. Her er specialkonsulentens arbejde som oftest spredt over flere opgaver med børn og unge, hvoraf nogle opgaver har fokus på forebyggelse og sundhedsfremme.

For at få indtryk af nøglepersonernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme har vi i undersøgelsen spurgt til principper for dette arbejde. Alle kommuner nævner koordinering og facilitering som eksplicite principper for nøglepersonernes arbejde. Flere kommuner giver udtryk for, at nøglepersonerne har en tovholderfunktion, hvor det at bringe relevante aktører sammen om konkrete projekter er en væsentlig opgave. Flere interviewpersoner henviser til nøglepersonernes funktion som tværgående. *“Det er nøglepersonen, der har overblik over, hvilke aktører der kan være relevante i forhold til børn og unge, det er hende der bevarer overblikket”*, som en sundhedschef formulerer det i et af interviewene.

Vi har i undersøgelsen spurgt til kommunernes organisatoriske strukturer.<sup>3</sup> På spørgsmålet om, i hvilken organisatorisk enhed kommunen har valgt at placere ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme specifikt blandt børn og unge, svarer 39 % af de adspurgte kommuner, at ansvaret er placeret i sundhedsforvaltningen (se figur 3). 24 % af kommunerne har derimod valgt at placere ansvaret i Børn og Unge forvaltningen, mens 32 % har valgt at dele dette ansvar, ofte mellem “sundhed” og “børn og unge”. De resterende kommuner (4 %) har valgt at placere ansvaret for sundhed i helt andre forvaltninger (såsom i Socialudvalget eller i en fællesstab).



Disse fund stemmer ikke overens med tallene fra Sundhedsstyrelsens rapport fra 2008. I Sundhedsstyrelsens rapport angives, at 77 % af kommunerne har lagt det primære ansvar i enten deres Sundhedsforvaltning eller Social- og sundhedsforvaltning. I Sundhedsstyrelsens rapport peger tallene med andre ord entydigt i retning af en sundhedsmæssig eller social forankring af forebyggelse og sundhedsfremme, mens tallene i nærværende undersøgelse giver et knapt så entydigt billede.

3 71 ud af de 72 kommuner, vores undersøgelse omfatter (99 %), har besvaret spørgsmålet omkring, hvilken organisatorisk enhed ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge ligger i.

Her ligger ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme i mere end halvdelen af kommunerne enten i børn og unge-forvaltningen eller delt mellem denne forvaltning og Sundhedsforvaltningen, hvilket tyder på et mere pædagogisk orienteret perspektiv.

At der er en forskel mellem tallene i denne og Sundhedsstyrelsens undersøgelse kunne tyde på en forskellig opfattelse af spørgsmålet om organisatorisk placering og ansvar afhængig af, om der spørges generelt til forebyggelse og sundhedsfremme eller mere direkte til arbejdet med en specifik målgruppe, hvor det viser sig, at kommunerne forstår det mere generelle organisatoriske ansvar, som placeret ét sted, mens det konkrete ansvar forstås placeret tæt på målgruppen. Formodentligt handler det i denne sammenhæng om, at kommunerne har forskellige koordineringsbehov. Man må forvente, at det i dagligdagen er vigtigt med et ansvar placeret tæt på opgaverne med forebyggelse og sundhedsfremme, mens der i forhold til den mere langsigtede planlægning kan gøre sig andre og mere overordnede hensyn gældende.

## **Ansvar og koordinering**

Undersøgelsen viser, at spørgsmålet om ansvar er kompliceret. Flere af de interviewede giver i undersøgelsen udtryk for, at det er vanskeligt entydigt at placere et samlet ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, da udgangspunktet er tværgående, og arbejdet derfor er forankret i flere forvaltninger. At man i flere kommuner indtager dette standpunkt, er understøttet af lignende fund i Sundhedsstyrelsens kortlægning fra 2008.

Et væsentligt fund i nærværende undersøgelse er, at godt to tredjedele (66 %) af kommunerne har valgt at organisere sig i tværgående enheder på det planlæggende og strategiske niveau.<sup>4</sup> Af eksempler på sådanne tværgående enheder kan

---

4 Fem af de 72 kommuner (7 %) har ikke besvaret spørgsmålet, om nøglepersonen for al forebyggende og sundhedsfremmende arbejde i kommunen er placeret i en tværgående enhed. Følgende omfatter således 67 kommuner, der har besvaret dette spørgsmål som en del af deres samlede besvarelse.

nævnes tværgående sekretariater, planlægnings- udviklings og kvalitetsafdelinger, egentlige centre for sundhedsfremme, sundhedskordinationsgrupper, styregrupper tilknyttet sundhedscentre, udviklings- og koordinationsudvalg samt andre typer tværgående udvalg. Nogle kommuner har tværgående faglige grupper, andre har ledergrupper på tværs af forvaltninger. Igen andre kommuner lægger vægt på distriktssamarbejder. De fleste kommuner nævner også mere ad hoc-prægede programstyregrupper, puljemiddelbaserede grupper og erfarings-netværk. Der er ikke et entydigt billede af kommunernes valg af struktur. Samarbejdsmodeller af mere varig karakter forekommer i nogle kommuner, mens mere fleksible modeller for den tværgående samordning tilsyneladende er valgt i andre. Heller ikke er der et entydigt billede af, hvilke eller hvor mange ledelsesniveauer der er involveret i de tværgående organer, i nogle kommuner er det øjensynligt kun på forvaltningschefs niveau, der for alvor finder tværgående koordinering sted, mens den tværgående koordinering i andre kommuner også involverer mellemledere og udførende medarbejdere.

I forhold til den overordnede organisering af og strategilægning er undersøgelsens konklusion, at kommunerne har valgt relativt forskellige modeller for den tværgående koordinering. I denne sammenhæng kan et interessant punkt for videre undersøgelser være forholdet mellem disse nye tværgående enheder i kommunerne og de mere traditionelle enheder for strategilægning såsom økonomi-afdeling og budgetkontorer. Undersøgelsen giver et tydeligt billede af netværksorganisering som grundlag for forebyggelse og sundhedsfremme, men forholdet til andre samtidige organisationsformer er ikke afdækket.



# Det udførende niveau

I undersøgelsen omhandler flere spørgsmål udførsel. I forhold til det udførende niveau har vi i undersøgelsen dels stillet en række overordnede spørgsmål, dels anmodet kommunerne om at komme med konkrete eksempler på sundhedsfremmende projekter rettet mod børn og unge. Kommunerne er blevet spurgt om ansvaret for implementering, og der er spurgt til praksis for tilbagemelding. Desuden retter flere spørgsmål sig mod projektniveauet i kommunerne. Her er spurgt til faglighed og læring, og en række spørgsmål omhandler projekters opståen og forløb. Samspil mellem interne institutioner og samspillet med eksterne aktører er også berørt.

De efterfølgende punkter vil være bygget op omkring kommunernes projekt-eksempler holdt op mod deres tilbagemeldinger på de mere generelle spørgsmål.

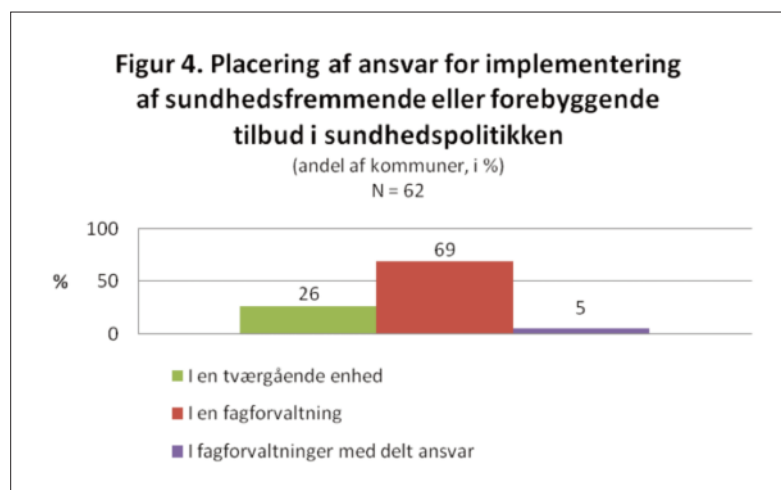
## Ansvar for implementering

Et første forhold i forbindelse med udførsel, som undersøgelsen beskæftiger sig med, handler om ansvar, og her peger tendensen i retning af tværgående enheder, om end knap så entydigt som på niveauet for strategi og planlægning<sup>5</sup>. I omkring hver fjerde kommune (26 %) fremgår det eksplicit, at der findes en tværgående enhed, som har til ansvar at sørge for implementeringen af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats rettet mod børn og unge (se figur 4). Denne enhed

---

5 Der er 10 af de 72 kommuner (14 %), der ikke har besvaret spørgsmålet om, hvor ansvaret for implementeringen af de indsatser, der er rettet mod børn og unge i sundhedspolitikken, ligger. Følgende omfatter således 62 kommuner, der har besvaret dette spørgsmål som en del af deres samlede besvarelse.

kan være et sundhedsforum eller gruppe med repræsentanter fra flere forvaltninger. En sådan enhed kan f.eks. have en tovholderfunktion i forhold til projekter og tværgående initiativer. I  $\frac{3}{4}$  af kommunerne (74 %) ligger ansvaret for implementeringen på fagforvaltningsniveau. Det kan tænkes, at der også på dette niveau foregår meget tværgående arbejde, uden at der som sådan er oprettet en tværgående enhed for området, hvilket kan tænkes at give nogle udfordringer i forhold til koordination. I de kommuner, hvor ansvaret for implementering er placeret på fagforvaltningsniveau, er det som oftest i en børne- og ungeforvaltning. Disse forvaltninger har i forvejen ansvar for daginstitutioner, skoler og fritidsordninger, og det er naturligt i regi af disse, tiltagene foregår.



Før en nærmere drøftelse af organiseringen på det udførende niveau kan det være hensigtsmæssigt at ridse billedet af den gængse struktur op. Her er billedet som tidligere beskrevet, at de fleste kommuner har lagt strategi og planlægning i forhold til børn og unge i et tværgående organ, mens ansvaret for implementering af opgaver typisk ligger i de institutioner på børne og unge-området, hvor driften af andre opgaver også ligger placeret. Dette betyder dog ikke, at tværgående aktiviteter ikke kan ses omkring udførsel, som et projekt fra en mindre sjællandsk landkommune vidner om. Interviewpersonen fra kommunen fortæller om et projekt, der hedder “Ung Motionsven”, hvor unge motionerer ældre. Som interviewpersonen udtrykker det, er projektet rettet både mod unge og ældre.

*“Det er vores konsulenter, der har udviklet det, konsulenterne uddanner de unge til at kunne motionere de ældre, og det lønnes de unge for. Nogle unge kører ud til de ældre, der ikke kan komme ud, og laver motion med dem i hjemmet. Projektet giver både de ældre og de unge et fokus på sund levevis. De unge får indtryk af, hvor vigtigt det er at tænke sundt hele livet, og de ældre får både social kontakt og bliver motioneret.”*

Selvom der, som det ovenstående citat vidner om, er eksempler på projekter, der inddrager andre målgrupper end børn og unge, er det generelle indtryk fra undersøgelsen, at kommunerne som oftest holder aktiviteterne afgrænset til børn og unge. Ud fra kommunernes besvarelser er der ikke noget, der tyder på nogen særlig grad af eksperimentel aktivitet i forhold til at ramme målgrupper på tværs af flere generationer.

## **Et dobbelt hensyn til nærhed og faglighed**

I forhold til udførsel giver kommunerne i undersøgelsen udtryk for, at nærhed og faglighed er to vigtige præmisser for placeringen af de forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter for børn og unge. Hvor der i forhold til strategi og planlægning er en relativt entydig vægtning af det tværgående perspektiv, så forholder det sig anderledes i forhold til ansvaret for udførsel. Her er kommunerne i undersøgelsen blevet bedt om at begrunde deres placering af ansvar, og den hyppigst forekommende begrundelse (nævnes af 26 kommuner) er, at det politisk er besluttet, at alle forvaltninger skal tænke sundhedsfremme og forebyggelse ind i driftsområdet, og at ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge derfor er lagt i børn og unge-forvaltningen. Det fremgår af de uddybende kommentarer, at flere kommuner har et tydeligt ønske om at knytte forebyggelse og sundhedsfremme tæt sammen med andre relaterede aktiviteter. Som én interviewperson formulerer det: *“Sundhed gennemsyrrer alle handlinger i børn og unge-forvaltningen, sundhedsfremme er nødvendigvis kædet sammen med mere almene opgaver.”*

Udsagnet er kendetegnende for kommunernes tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme rettet mod børn og unge. En tværgående ambition på det strategiske plan står over for et hensyn til nærhed på det udførende. Flere kommuner giver

udtryk for, at opgaverne med forebyggelse og sundhedsfremme er placeret, så de har mulighed for at spille direkte sammen med andre af de aktiviteter, kommunen har for børn og unge. Man ønsker en integreret praksis, hvor de allerede etablerede rammer udnyttes. I denne sammenhæng spiller også et hensyn til faglighed ind. En række kommuner angiver (10 kommuner i alt), at ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme er placeret i børne- og ungeforvaltningen for at samle viden hos de, der kender målgruppen og har faglig ekspertise i forhold til målgruppen. På lignende vis, men med en konklusion, der peger i anden faglig retning, angiver andre kommuner (16 kommuner i alt), at man har valgt at placere sundhedsfremme og forebyggelse, herunder også opgaver rettet mod børn og unge, i kommunens sundhedsforvaltning. I disse kommuner er argumentet, at man for at sikre den faglige ekspertise og gensidige sparring har samlet alle sundhedsopgaver i én sundhedsforvaltning. I forhold til faglighed ligger der en potentiel konflikt mellem på den ene side en sundhedsfaglig og på den anden side en pædagogisk eller socialpædagogisk forankring af opgaveløsningen.

Af yderligere begrundelser for placeringen af ansvaret for forebyggelse og sundhedsfremme blandt børn og unge angiver en del af informanterne (i alt 14 kommuner), at placeringen er et resultat af kommunesammenlægningen og dermed er en pragmatisk løsning ud fra politiske hensyn til de kommuner, der blev lagt sammen.

## Tilbage melding

I undersøgelsen giver flere kommuner udtryk for, at der i forvaltningen er en forventning om, at institutionerne melder tilbage om, hvor langt man er nået i arbejdet med at integrere et sundhedsmæssigt perspektiv med den resterende opgaveløsning.

I forhold til tilbage melding har vi i undersøgelsen i første omgang spurgt til, om kommunerne har formelle retningslinjer for en sådan.<sup>6</sup> Her er billedet, at langt

---

6 Der er 11 af de 72 kommuner (15 %), der ikke har besvaret vores spørgsmål om, hvorledes der i kommunen meldes tilbage og følges op på implementeringen. Følgende omfatter således 61 kommuner, der har besvaret dette spørgsmål som en del af deres samlede besvarelse.

størstedelen af kommunerne (87 %) har en eller anden form for tilbagemeldingspraksis for igangsatte projekter og aktiviteter for forebyggelse og sundhedsfremme. Disse tilbagemeldinger kan være mere eller mindre formaliserede. Besvarelserne giver indtryk af, at opfølgningen på aktiviteter følger forskellige spor. Hver femte kommune (21 %) angiver, at tilbagemelding er den del af den normale praksis, at det ligger i normen og kulturen, at man melder tilbage på gennemførte projekter. Lidt oftere, dvs. i godt en tredjedel af kommunerne (33%), følger tilbagemeldingerne et mere formaliserede mønster, og der sker en skriftlig afrapportering, men dog stadig uden at tilbagemeldingerne følger helt faste rammer. I en sidste tredjedel af kommunerne (33 %) meldes tilbage i et formaliseret system. Her er enten lavet handlingsplaner for tilbagemelding, indgået kontrakter, fastsat servicemål eller gennemført proces- og effektevalueringer.

#### **Gennemgående former for tilbagemeldingspraksis:**

- Normen, kulturen, ”den normale praksis”
- Foregår skriftligt, men stadig forholdsvist løst
- Helt faste kriterier, kontraktstyring, handleplaner

I Sundhedsstyrelsen rapport fra 2008 fremgår det, at omtrent en tredjedel af kommuner med en færdigarbejdet sundhedspolitik har opsat målbare målsætninger for deres aktiviteter. Arbejdet med handleplaner og retningslinjer for denne implementering er noget, der i dag optager mange kommuner. Og vores undersøgelse viser, at næsten ni ud af ti kommuner med varierende formaliseringsgrad nu har retningslinjer for, hvordan implementeringen skal foregå. Kun hver tiende kommune (10 %) har ikke udarbejdet retningslinjer for tilbagemeldingspraksis i forhold til implementeringen af sundhedspolitikken, mens der i 3 % af kommunerne er retningslinjer under udarbejdelse. En stor del af de, der ikke har retningslinjer, begrundet dette med, at de endnu ikke har vedtaget en sundhedspolitik, mens en enkelt kommune helt bevidst ikke ønsker handleplaner i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme, idet man hellere ser de enkelte forvaltningsområder ”gå frivillighedens vej”, som det formuleres.

En interviewperson fortæller om en større bykommune i forhold til tilbagemelding:

*“Vi laver mange projekter i daginstitutioner og skoler, hvor der fra forvaltningens side bliver lagt vægt på informationsopsamling. Et eksempel er vores sundhedspolitik eller kostpolitik, jeg kan ikke lige huske, hvad vi helt præcist kaldte det, i hvert fald har vi en politik for alle vores institutioner. På denne måde får vi en sundhedspolitik inden for fornuftige rammer. Vi følger op på om alle institutioner har sådan en politik – forældrene er meget optaget af det. Der er en konsulent ude at samle op og samle trådene, og der er mange til at holde øje med, at det efterleves.”*

Interviewpersonen fortæller videre om et andet projekt:

*“Vi har et projekt, hvor tal fra en dokumentationsdatabase over sygefraværet blandt børn i vuggestue og børnehave viser, at kommunens indsats de seneste år har fået sygefraværet til at gå ned – men kun i kort periode, for børnene og pædagogerne glemmer det igen, derfor skal projekter og tilbagemeldinger om børnenes sygedage køre jævnlige.”*

I undersøgelsen er der flere eksempler på, at dokumentation spiller en væsentlig rolle i forbindelse med at udpege målgrupper for projekter. En mindre kommune fortæller om et projekt, hvor kommunens nyansatte diætist har sat fokus på sund kost for de 0-6-årige, at diætisten har taget udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens 8 kostråd og på baggrund af disse udsendt et spørgeskema til kommunens daginstitutioner om deres kost- og sukkerpolitik. Ud fra disse svar har kommunen foretaget en prioritering af kommunens 47 institutioner, og man har afholdt temadage for køkkenpersonale, pædagoger, ledere og forældre. Som interviewpersonen fortæller, er det meget forskelligt, hvor langt de forskellige institutioner er nået i arbejdet med en kostpolitik.

*“Nogle steder har det handlet om input til børnene, men hvor institutionerne ikke er nået så langt, er det køkkenpersonalet og ledelsen først. Vi skal have dem til at starte på at lave en kostpolitik, og indarbejde de 8 kostråd så de sidder på ryggraden. Det har været vigtigt at få viden om institutionernes hidtidige arbejde.”*

## Projekters opståen og forløb

Projektorganisering er et hyppigt brugt organiseringsprincip for sundhedsfremme og forebyggelse. Kommunerne er blevet bedt om at fortælle om et eller flere spændende projekter på området for børn og unge, denne spørgestrategi er valgt for at få et nærmere indtryk af projekters opståen og forløb, og tendensen er tydelig: Når vi i undersøgelsen har spurgt til projekter, har samtlige interviewpersoner angivet, at man har projekter i gang, og stort set alle interviewpersoner har ligeledes været i stand til uden nævneværdig betænkningstid at nævne flere konkrete projekter ved navn og indhold.

I forhold til projekter er der ikke noget entydigt billede af gennemførselsgrad eller kompleksitet, heller ikke er der et entydigt billede af projekternes størrelse eller ambitionsniveau. Snarere ses en mangfoldighed af forskelligartede projekter. Aktivitetsniveauet er højt. Dette billede er understøttet af resultater fra Sundhedsstyrelsens kortlægning fra 2008, hvoraf det fremgår, at i gruppen af mindre kommuner på under 50.000 indbyggere har 84 % af kommunerne igangsat projekter inden for 7 til 11 (ud af 11) hovedindsatsområder, for de mellemstore kommuner er dette tal 90 % og for de store kommuner 100 % (Sundhedsstyrelsen 2008: 22). Det skal dog i denne sammenhæng siges, at kommunerne vurderer, at der fortsat er et stykke vej igen, før igangsatte projektaktiviteter er fuldt ud implementerede. De fleste aktiviteter forventes således først færdigimplementerede i løbet af 2008 eller senere, som det fremgår af kortlægningen (2008: 26).

Selvom der er stor variation i de projekter, vi er blevet præsenteret for, så har vi fået et godt indtryk af en række tendenser på projektniveauet. Når vi har spurgt til projekter for børn og unge og opfølgende har spurgt til ideer bag de enkelte projekter, så fremgår det, at projekter ofte opstår og bæres af interne kræfter i kommunerne, om end projekter samtidig godt kan være inspireret af projekter i andre kommuner. Således er billedet gerne, at projekterne er foranlediget af initiativer fra en administrativ enhed, det kan være et fællesorgan for forebyggelse og sundhedsfremme eller et kontor på et selvstændigt forvaltningsområde, mens den nærmere forankring af og indholdsudfyldning af projekterne sker i de involverede institutioner, gerne i netværkslignende samspil, hvor flere institutioner bidrager med konkret viden og ekspertise.

I undersøgelsen har vi spurgt til, hvor ideer til projekter opstår. I kommunernes besvarelse af dette spørgsmål er der en tydelig tendens til, at det politiske niveau ikke bliver nævnt. Det politiske niveau nævnes med andre ord kun sjældent i forhold til konkrete projekter men derimod i forhold til mål og visioner. Med hensyn til projekter ser forvaltningen ud til at spille en langt vigtigere rolle i forhold til at få ideer og komme med input, hvorimod samspillet med det politiske niveau kun er blevet nævnt, når vi f.eks. har spurgt til prioritering af indsatsområder og målgrupper. Flere interviewpersoner giver eksempler på, at man på egen hånd i forvaltningen har udviklet forebyggende og sundhedsfremmende projekter, som efterfølgende har fået politisk blåstempling i form af eksempelvis finansiering. Også mange interviewpersoner svarer, at ideer ofte opstår i kommunernes institutioner og herefter formes til egentlige projekter i et samspil mellem forvaltning og de involverede. Særligt de større kommuner giver udtryk for, at man har en fast praksis for dette samspil mellem institutioner og forvaltning.

Som en interviewperson fra en større kommune udtrykker det, handler det om at skabe faste rammer for det tværgående samspil. Interviewpersonen skitserer en model fra hendes kommune, hvor man i forvaltningen først får ideer og input via tværgående møder, hvorefter man igangsætter projekter og følger dem tæt. Særligt i den første tid er man i forvaltningen meget opmærksom på de igangsatte projekter, hvorimod projekterne senere får lov til at leve deres eget liv. Når projekter afsluttes, følger man fra forvaltningens side op med evaluering. Her er det ifølge interviewpersonen forventet, at de projektansvarlige melder tilbage i rapporter. Samlet set udtrykker denne praksis omkring projekter, at man i kommunen har et ønske om at *“følge med uden at kigge over skuldrene”*, som interviewpersonen udtrykker det.

Nærmere i forhold til projekters opståen fremgår det af besvarelserne i undersøgelsen, at de fleste kommuner ikke har en fast praksis. Mange kommuner angiver, at udvælgelse af projekter foregår på baggrund af konkrete vurderinger fra gang til gang, og at informationsgrundlaget varierer. Kommunerne giver som eksempler på information, der kan spille en rolle, generel sundhedsinformation fra f.eks. Sundhedsstyrelsen, mere konkret viden om risikofaktorer i befolkningen og i givne målgrupper fra forskningsinstitutioner som Statens Institut for Folkesundhed og Socialforskningsinstituttet samt helt specifik viden om indsatsområder, arenaer



og mulige tiltag indhentet fra eksempelvis interesseorganisationer, faglige organisationer eller kommuner med erfaring fra tidligere projekter.

En medarbejder i en mindre landkommune fortæller om et projekt vedrørende tidlig opsporing af socialt udsatte børn med problemer i familien.

*Ideen til dette projekt opstod, fordi nogle medarbejdere i kommunens tværgående organ for sundhedsplanlægning, kaldet "sundhedsforum", havde læst en række generelle undersøgelser om tidlig opsporing af socialt udsatte børn. Denne viden bragte de med til et møde, hvor vi diskuterede de generelle tal i forhold til de mere konkrete erfaringer i kommunen. Der blev nedsat en arbejdsgruppe og formuleret en indstilling til det politiske niveau."*

Efterfølgende i interviewet giver medarbejderen udtryk for, at det ofte er sådan, projekter opstår i kommunen. En leder eller en medarbejder får en ide, ideen tages herefter op i det tværgående "sundhedsforum" og bliver, hvis der er opbakning til et egentligt projekt, indstillet til det politiske niveau. Der er ifølge den interviewede ikke nogen fast praksis for projekternes opståen, men der er til gengæld en forvaltningsenhed, hvor de fleste ideer tages op og diskuteres, før de bliver til egentlige projekter.

En interviewperson fra en anden kommune fortæller, at ideer til projekter også kan opstå i et samspil mellem egne medarbejdere, eksterne aktører og modtagerne selv. Interviewpersonen fortæller om et projekt for unge piger med migræne: "Ideen til projektet er faktisk opstået, fordi vi blev inviteret til en konkurrence om borgerinddragelse fra det Nationale Råd for Folkesundhed, og den konkurrence gik vi så hen og vandt", fortæller hun.

*"Projektet kom til at handle om de unge piger, fordi vi vidste, at de havde nogle særlige problemstillinger. I sammenligninger med regionen og resten af landet, er der flere unge piger i vores kommune, der har migræne og flere har et lavt selv-vurderet helbred. Fokus blev derfor borgerinddragelse af de unge piger i forhold til at skabe aktiviteter med fokus på selvværd og helbred. Vi kombinerede de to ting. Ideen var, at de skulle deltage dels i større tværgående workshops og dels i mindre fokusgrupper, det skulle være en kombination med oplæg og foredrag*

*samt nogle ting, hvor de unge piger var direkte involverede. Pigerne fremhævede meget dans, som noget de gerne ville, hvis de skulle være fysisk aktive, så der skulle være workshops med dans.”*

Eksemplet viser, hvordan forskellige input kan forme et projekt. Det pågældende projekt er opstået via input fra så forskellig kant som, dels et tidligere projekt, herunder viden fra en ydre vidensinstans, det Nationale Råd for Folkesundhed, dels statistik fra nationalt plan og egen statistik om målgruppen. Desuden er væsentlige input kommet fra de unge piger selv i forbindelse med projektets gennemførelse. Som interviewpersonen fortæller, er det de unge selv, der danner et netværk omkring projektet.

*“De unge piger blev nøglepersoner, både fordi de snakkede med hinanden, og fordi der skete kommunikation begge veje, både fra kommunen til unge, men også fra de unge til kommunen. Det var vigtigt for os at tage udgangspunkt i, hvad pigerne fandt relevant, hvad de havde brug for?”*

Projektet er kendetegnende for en generel tendens, vi har fundet i kommunerne, til at inddrage børn, unge eller forældre i aktionsfasen, snarere end i idé- eller mål-sætningsfasen. Mange af de projekter, vi er blevet præsenteret for, er således kendetegnet af en høj grad af involvering af deltagere i forløbet, mens ideer, mål og input til på tidligere stadier er kommet fra anden kant end fra målgruppen selv. I få projekter ses dog involvering også i idé-fasen, men selv her vil det overordnede formål, f.eks. sundere madvaner, ofte være fastsat på forhånd.

En interviewperson fra en mindre sjællandsk kommune fortæller om et projekt på en af kommunens skoler, hvor nogle elever havde en sundhedsuge.

*“Her fik eleverne selv ide til at lave et materiale om sund skolefrokost. De lavede kampagnemateriale, de lavede billeder på plakater, hvor man kan se, at dem der spiser usundt ender i en grav. Det var et meget voldsomt sprog, de brugte, om hvordan vi ender, hvis vi ikke passer på os selv. Eleverne fik kontakt med nogle fra The Voice, som lavede en jingle, som de spillede på skolen.”*

Interviewpersonen fortæller videre:

*Projektet var virkelig en stor succes. Eleverne havde selv udviklet materialet, og skolen samarbejdede herefter med eleverne om at få materialet trykt. Ved siden af plakaterne lavede vi også noget materiale til ungdomsskolen, hvor vi satte fokus på nogle sunde frokostboller, som eleverne har bagt og solgt i ungdomsskolens aftencafé. Og så har vi sponsoreret det sådan, at børnene, hver gang de har købt noget andet usundt i cafeen, for det skal der også være, for at de gider være der, så har de samtidig fået noget gratis sundt med i posen, f.eks. gulerodstænger eller vindruer. Det har været eleverne, der har stået for projektet hele vejen igennem. De fik ideen og det er dem, der står og hakker og snitter, og de lønnes fra kommunen. Ideen er kommet fra dem, og vi har ligesom taget dem på ordet. De har også haft ønske om at få en sundere skolekost. Nu prøver vi at få det forankret i forvaltningen.”*

Med en sådan undtagelse in mente er det generelle indtryk fra undersøgelsen, at det oftere, end det er ideer fra børn og unge, er ideer fra sundhedsprofessionelle eller faglige medarbejdere, der danner udgangspunkt for et projekts opståen.

Der er i undersøgelsen ikke et entydigt billede af, hvordan ideer kanaliseres i kommunerne. Som en interviewperson fra en mindre kommune fortæller, kan det nogle gange være mere eller mindre tilfældige kontakter mellem medarbejdere, der får projekter til at opstå, mens det andre gange er mere formaliserede samspil. Interviewpersonen giver et eksempel:

*“I børnehaverne har vi kørt en dialogbaseret kampagne, der hedder “Er du skidt Mads”. Vi havde et dukketeater ude, som var et dialogdukkespil, og personale og forældre blev også involveret. Her var der en del dialog med børnene. Der var også en kreativ afdeling, hvor børnene var med i en kunstudstilling, hvor de skulle fremstille, hvad der er sundhed. De fik frie rammer til at lave, hvad sundhed var for dem – nogle lavede spil sammen med pædagoger, andre skulpturer og sang. Vi har købt kampagnen af en anden kommune. Kampagnen blev faktisk opfundet af min chef, da hun arbejdede der. Hun har taget ideen med til vores kommune. Kampagnen er sammentænkt med de pædagogiske fokuspunkter, vi har for vores børnehaver. Vores pædagogiske konsulent på børneområdet arbejdede*

*jeg sammen med om et program, som hed et sundt børneliv, der faldt sammen med kampagnen.”*

Eksemplet anskueliggør, hvordan faglige medarbejdere og ledere kan være bærere af projekter, hvordan viden om projekter kan overføres fra kommune til kommune, og hvordan projekter kan påvirke hinanden gennem de faglige samspil, der er i den enkelte kommune.

I andre tilfælde er det i højere grad formelle kanaler, som projekter henter input igennem. I undersøgelsen er der flere eksempler på mere formaliserede strategier for input. En interviewperson fra en middelstor sjællandsk kommune siger:

*“Vi udvikler selv aktiviteterne i kommunen, men vi søger midler, når vi kan se et behov. I forhold til overvægt fandt vi en pulje til at lave sundhedsfremmende tiltag. Vi lavede et projekt, hvor vi besøgte alle 3 til 5-årige og deres familier for at snakke kost og bevægelse. Vi har fået meget ros for projektet. Sundhedsstyrelsen finansierede det og var meget tilfredse. Vi prøver med det igen”. Der er lavet en rapport – ideen er blevet overtaget i andre kommuner.”*

Eksemplet tydeliggør en opstartsstrategi, hvor kommunen aktivt medtænker puljemidler, og hvor man indgår i samspil med Sundhedsstyrelsen og bagefter opsamler sin viden i en rapport med mulighed for vidensoverførsel til nye projekter i eget regi og i andre kommuner.

Et andet eksempel får vi fra en mindre kommune, her gør man ifølge en medarbejder brug af to meget forskellige opstartsstrategier. Dels har man en strategi, hvor kommunen er opsøgende og lader børnene være med til at formulere projekterne. Dels en strategi hvor man, som hun formulerer det, *“hopper med på en landsdækkende indsats”*. Der kan være fordele ved begge dele, siger medarbejderen.

*“I den første strategi er man sikker på at få børnene og de unge med i projektet. De har selv fået ideerne. På den anden side er det heller ikke dårligt engang imellem at hoppe med på de store projekter, sådanne kampagner giver en hel anden opmærksomhed, når det er på landsplan.”*

Eksemplet tydeliggør en strategi, hvor en bottom up-tilgang kombineres med en top down-tilgang i forhold til opstart af projekter.

Et generelt indtryk fra undersøgelsen er, at kommunerne benytter både uformelle kanaler og mere formaliserede samspil mellem medarbejdere og forvaltning i forhold til at understøtte ideer og lade ideer blive til egentlige projekter. Et eksempel på en kommune, hvor man har faste rammer for samspillet mellem forvaltning og medarbejdere i forbindelse med at få ideer, er en mellemstor sjællandsk bykommune, hvor interviewpersonen fortæller, at man i kommunen har faste møder mellem forvaltning og sundhedsprofessionelle samt medarbejdere fra børn og unge-området i forbindelse med projekter omkring forebyggelse og sundhedsfremme. Værdien af disse møder er stor fortæller interviewpersonen.

*“Eksempelvis ønskede kommunen at sætte fokus på børn med overvægt. I den forbindelse inviterede man 6-7 forslagsstillere til at deltage i møder, hvor man ville indhente ideer til konkrete projekter. Alle forslagsstillere havde noget med børn og overvægt at gøre, og alle forslagsstillere havde ideer til konkrete projekter. Ingen ideer blev forkastet på forhånd. Ideerne fik lov til at opstå lokalt og bredt. I forhold til selve projektudviklingen var det ikke alle forslagsstillere, der deltog på fuld kraft, hvilket heller ikke er nødvendigt.”*

Interviewpersonen fortæller videre, at det mest synlige resultat af møderne er et tværgående projekt, hvor formålet har været at opspore børn med overvægt og give dem et tilbud om vejledning i kostændringer. I projektet har overvægtige børn og deres familier fået tilbud om kostvejledning og har desuden deltaget i aktiviteter, hvor børnene og familierne f.eks. selv har skullet lave mad og har skullet spise sammen flere familier ad gangen. Interviewpersonen giver udtryk for, at projektet i hele forløbet har været drevet af et tværfagligt udgangspunkt, som blev dannet allerede på de indledende møder. Hun fortæller:

*“På de første møder er flere faglige vinkler blevet kombineret. Det har både handlet om at tage fat på spisesituationen som en social aktivitet, etablere viden hos deltagerne om de mere fysiologiske sider af fedme samt inddrage bredere aspekter omkring mad- og kropskultur. Denne brede tilgang har vi kun opnået, fordi vi har haft faste møder i kommunen, hvor fagpersoner har været vant til at udveksle erfaringer med hinanden.”*

Samtidig fortæller interviewpersonen om en god del “learning by doing” i projektet både hos de medarbejdere, der har udviklet projektet, og hos deltagerne. “Det har været tænkt eksplicit ind i projektets design, at deltagerne har skullet gøre sig erfaringer sammen”, fortæller interviewpersonen.

Det samlede indtryk er, at mange kommuner ikke har systematiske retningslinjer for prioritering og udvælgelse af forebyggende og sundhedsfremmende projekter. En positiv effekt af dette er, at kommunerne holder mange kanaler åbne for input. En udfordring kan ligge i, at en tæt aktivitetsstyring først bliver mulig i senere faser end udvælgelsesfasen.

Endvidere er indtrykket, at flere kommuner, når først et projekt er sat i søen, opererer med relativt detaljerede aktivitets- og effektmål, det kan være i form af målsætninger for brugertilfredshed eller måling af forbrug. Mange kommuner giver udtryk for, at de ønsker at arbejde mere systematisk med styring af projekter. En interviewperson fra en større jysk landkommune formulerer det således:

*“Vi har længe haft behov for mere tværgående viden, altså, på tværs af hele børne og unge-området. Nu skal vi til at køre et projekt med alle de pædagogiske aktiviteter, vi har for børn og unge, her kommer det sundhedsfremmende også med. Projektet skal køres over for alle kommunens medarbejdere, der arbejder med børn og unge. Tanken er at få et fælles sprog og syn på, hvad vi skal gøre i kommunen fremover. Jeg tror det bliver ganske godt.”*

Videre i forhold til projektstyring giver undersøgelsen indtryk af en udfordring knyttet til læring og kompetenceudvikling.

## **Læring i projekter**

Flere af de sundhedsfremmende projekter, vi er blevet præsenteret for, har enten en helt eller delvist fleksibel ramme for læring, hvilket stiller store krav til informationsopsamling. Disse projekter er lærende i den forstand, at de har mulighed for at ændre forløb, men er samtidig vanskelige at have faste informationsstrukturer for.

En interviewperson fra en middelstor bykommune giver et eksempel på et projekt med en fleksibel ramme for læring, hvor aktiviteterne skabte en høj grad af læring, uden at det var tænkt ind som en eksplicit del af projektets ramme.

*“Projektet var i første omgang rettet mod unge mødre og var altså fokuseret på en specifik målgruppe. Projektet var startet med henblik på at etablere netværk for pigerne før og efter barsel. Et ganske snævert afsæt og en afgrænset målgruppe.”*

Interviewpersonen fortæller videre, at projektet var etableret i sundhedsplejerske-regi og i begyndelsen var meget fokuseret på fødsel og det at blive mor, hvilket ifølge lederen var naturligt nok. Gradvist udviklede projektet sig til at involvere andre og bredere aktiviteter. Denne udvikling var i vid udstrækning foranlediget og båret af de unge mødre selv.

*“Pigerne dannede selv netværk og fik ideer til ting, de kunne gøre sammen. Som et resultat af dette blev pigernes nærmeste omgivelser, deres bosted, fritidsinteresser, familieforhold og kultur i højere grad et omdrejningspunkt for projektet. Flere af pigerne var af anden etnisk herkomst, og det var vigtigt for dem.”*

Projektet med de unge mødre er et eksempel på, hvordan et projekts målsætninger kan ændre sig som følge af den faktiske læring og kompetenceudvikling, der opstår i målgruppen.

Et eksempel på et projekt, hvor læring er formuleret som en eksplicit målsætning i projektets design, og hvor både eksterne og interne didaktiske faktorer spiller en rolle for læringen, er et projekt fra en lille bykommune.

Interviewpersonen fra kommunen fortæller, at projektet fra starten var tænkt som et projekt, hvor tidligere og nye erfaringer var afgørende for aktiviteterne. Projektet var tænkt som et lærende projekt.

*“Projektet var et skoleprojekt udviklet på foranledning af erfaringer, man havde gjort sig med “skolernes motionsdag”. Læringen fra tidligere var, at skolerne deltog i motionsdagen, men med automatpiloten slået til, hverken lærere eller elever lagde særlig megen energi i aktiviteterne.”*

Interviewpersonen fortæller, at man i kommunen bestemte sig for at sætte en læringsproces i gang, hvor skolerne selv formulerede nye målsætninger for motionsdagen og kom med ideer til alternative aktiviteter. Motionstemaet var der, som respondenterne siger, ikke noget i vejen med, tværtimod ville man gerne sætte fokus på bevægelse i forhold til børn og unge, men formen ville man udvikle, og derfor bestemte man sig i kommunen for at involvere kommunens fire skoler i et fælles projekt, hvor de både skulle samarbejde om form, indhold og udførelse. Resultatet blev et ugelangt forløb, hvor det overordnede tema var krop og bevægelse med særligt fokus på ikke-organiserede aktiviteter i fritiden.

*“En vigtig målsætning var at give kommunens børn og unge en masse smagsprøver på mulige fritidsaktiviteter. Skolerne besøgte hinanden, og hver enkelt skole var vært. Én skole havde f.eks. specialiseret sig i boldspil, mens en anden fokuserede på rullekøjer og skateboards.”*

Interviewpersonen fortæller, at der var knyttet undervisningsmoduler til de forskellige aktiviteter, hvor børnene fik viden om krop, bevægelse, motion og mad. Der blev også organiseret fællesspisning på skolerne, hvor *“forældrene var blevet inviteret til at bidrage med sund mad hjemmefra”*. Ifølge den interviewede sluttede ugen naturligt af med en skolernes motionsdag.

Eksemplet viser, hvordan en kommune belært af tidligere erfaringer flytter et projekt fra ekstern og strukturelt betinget forebyggelse og sundhedsfremme til intern forankring. Skolerne skal lære af tidligere erfaringer, og det gensidige samspil mellem de involverede institutioner er en afgørende forudsætning for processerne. Skolerne indgår i samarbejdet og lærer af hinanden, der bliver dannet netværk omkring aktiviteterne, hvor nogle aktiviteter er fælles, mens andre ligger som afgrænsede tiltag på hver skole. Samtidig gør man elevernes læring og lærernes didaktiske refleksioner til to vigtige motorer i projektet.

Der er i undersøgelsen flere eksempler på læring og erfaringsudveksling på tværs af kommuner. Nogle interviewpersoner giver udtryk for, at bestemte projekter rejser på tværs af kommunegrænser, og at temaer kommer på mode i regioner.

*Vi har et projekt der hedder “Prinsessen der ikke ville vaske hænder” – omkring*



*hygiejne blandt børn i dagsinstitutioner eller SFO'er. Ideen kommer vist fra Fyn, men så har vi valgt, at der er tre, der sidder i sundhedsplejen, der har udviklet, hvordan det skulle gøres her, så udviklingen er også sket her.”*

## **Samspil mellem institutioner**

Undersøgelsen giver et forholdsvist entydigt billede af, hvilke institutioner der er involveret i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge. I undersøgelsen er spurgt til kommunernes egne institutioner, og her nævner langt de fleste kommuner sundhedspleje, skoler og daginstitutioner som væsentlige aktører. Dette fund stemmer godt overens med Sundhedsstyrelsens undersøgelse fra 2008, hvor kommunerne angiver skoler som den primære arena i forhold til alkohol, usikker sex, tobak og stofmisbrug, mens både skoler og daginstitutioner er arena for fysisk aktivitet, kost og overvægt (Sundhedsstyrelsen 2008: 24).

En mindre sjællandsk kommune giver i vores undersøgelse et illustrativt eksempel på samarbejde mellem flere institutioner i forbindelse med et projekt. Projektet er et Sundhedseksperimentarium for kommunens 8. klasser og involverer, ud over skolerne, SSP-konsulenter, misbrugskonsulenter, fysioterapeuter, kostvejledere og sundhedsplejersker. Ideen med projektet er, som den interviewede leder fra kommunen udtrykker det, *“at komme hele vejen rundt”*. Projektet er bygget op omkring workshops, hvor forskellige institutioner og fagpersoner tager ansvar for aktiviteterne, f.eks. laver kommunens sundhedsplejersker konditests på børnene og tager deres blodtryk. Kostvejledere tester blodsukker og gennemfører individuelle kostsamtaler med børnene. Misbrugskonsulenter viser film, mens kommunens folkeskolelærere er dem, der binder aktiviteterne sammen og giver en mere generel indføring i og viden om sundhed. Projektet er et eksempel på, at det er lykket at skabe rammer for et tværgående samspil mellem allerede veletablerede institutioner.

At det kan være en udfordring at skabe fælles rammer mellem allerede veletablerede institutioner, vidner en udmelding fra en leder i en anden sjællandsk kommune om. Lederen siger, at man på børne- og ungeområdet har ganske veletablerede og fastforankrede institutioner med egne opgaver og mål at skulle nå.

Det kan derfor være ganske vanskeligt at finde ressourcer til samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme.

*“Alle kan være enige om, at forebyggelse og sundhedsfremme er en væsentlig opgave, men når det kommer til mere konkrete indspark i projekter, er det nogen gange vanskeligt at finde fælles fodslag. Folk har nok at gøre med at leve op til egne målsætninger”.*

Uden at skulle negligere de konkrete udfordringer, der kan være i forbindelse med samarbejde om forebyggelse og sundhedsfremme, så er det vores generelle indtryk, at kommunerne har gode erfaringer med at bringe institutioner sammen om tværgående projekter. En interviewperson fra en mellemstor sjællandsk kommune fortæller, at et projekt med sundhedsmedarbejdere på daginstitutioner og skoler udviklede sig til et netværksprojekt, hvor skolerne og daginstitutionerne udvekslede viden om kost og motion særligt i forhold til overvægtige børn. Som interviewpersonen fortæller:

*“Medarbejderne fik mulighed for at mødes i et netværk, hvor de kunne holde viden ved lige og udveksle erfaringer. Formålet var at få bevægelse og motion ud, hvor børnene er. Netværket opstod for at få færre overvægtige børn, der har vi en stor udfordring”.*

## **Samspil med eksterne parter**

I forhold til eksterne parter er billedet, at der foregår en del tværgående samarbejde. Kommunerne er blevet bedt om at angive, hvilke eksterne parter de samarbejder med i opgaverne med børn og unge. Foreninger, herunder særligt idrætsforeninger og frivillige interesseorganisationer, nævnes hyppigst. Også private organisationer er ofte involveret i et samarbejde med kommunerne, og tværgående offentlige organisationer samt vidensproducerende institutioner såsom universiteter, Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen eller andre indgår. Eksempler på kommunalt og regionalt samarbejde forekommer jævnligt i besvarelserne.

En mindre ø-kommune giver udtryk for, at man har haft både gode og dårlige erfaringer med det eksterne samarbejde.

*“Vi har på ungeområdet et projekt, der er ved gå op i hat og briller. Vores unge vil gerne have et ungdomshus – der er et stort behov for et værested. Der er bare ikke enighed om, hvordan det skal styres, men der arbejder hårdt på det.”*

Interviewpersonen giver et andet eksempel, hvor man har haft bedre erfaringer.

*“På øen har vi en forening, som er halvt privat og halvt kommunalt styret. I foreningen er en børnehaveleder, skoleleder og institutionsleder involveret sammen med frivillige kræfter. Formålet er at sørge for aktivitetstilbud i ferierne. På en ø som vores er der ikke så mange aktiviteter for børn i ferierne, og foreningens mål er, at man vil lave noget for dem, der ikke kommer på ferie pga. små ressourcer i familierne. Vi har haft foreningen i mange år, og den fungerer godt.”*

Interviewpersonen fortæller videre om et andet eksternt samarbejde, hvor man modsat det første samarbejde har haft gode erfaringer. *“Vi arbejder også med Røde Kors for at få børn på sommerlejr – og Blå Kors. Vi sender med Røde Kors 25-30 børn på sommerferie. Dette opstod ud fra et behov om at gøre en indsats et sted, hvor der ikke rigtig skete noget”,* siger interviewpersonen.

I det hele taget giver undersøgelsen indtryk af, at mange sundhedsfremmende projekter involverer et samspil med eksterne parter. Dette samspil er nogle gange baseret på eksplicit formulerede præmisser, mens samspillet andre gange er baseret på mere uformelle præmisser. Udfordringerne kan være store i begge tilfælde. En leder fra en mindre bykommune fortæller om udfordringerne ved samarbejde med eksterne parter:

*“Vi havde et ungdomsskoleprojekt, som trods stor succes alligevel stoppede. Vi havde i mange år tilbudt gratis prøvetimer i to private fitnesscentre, selvfølgelig i regi af ungdomsskolen, men ude i de to centre. Dette faldt til jorden, da det ene fitnesscenter skiftede ejer.”*

Lederens konklusion er, at man i dette tilfælde manglede en tovholder til at holde projektet kørende, men at det lige så ofte har handlet om manglende rammer. *“Tit er der tale om enkeltstående projekter, hvor projektet definerer, hvad der foregår”,* siger lederen, *“det vi erfarer i det ene projekt transporteres ikke i tilstrækkelig grad over i nye projekter, derfor opnår vi sjældent mere langvarige samspil.”*

Der er flere eksempler fra undersøgelsen på samspil med eksterne parter, hvor rammerne er eksternt givne. En leder fortæller om kommunens erfaringer med ekstern involvering i et projekt, hvor rammerne var eksternt givne, og hvor den eksterne part var hovedansvarlig for forløbet:

*“Et af vores projekter er Mobile Fitness. Det kører også i nogle andre kommuner og sker i samarbejde med et privat firma. Det handler om, at deltagerne løbende får sms'er via mobil, og på den måde er opmærksomme på, hvad de spiser, og hvad de dyrker af motion. Der har været 9 deltagere, men vi har desværre ikke kunne se vægttab hos de unge. Ideen kommer udefra. Vi har læst lidt om det og fik så en henvendelse fra det pågældende firma, og vi investerede de nødvendige midler. Vi har ikke været med til at udvikle projektet eller tilpasse det til vores kommune, vores opgave har udelukkende været at finde frem til de pågældende unge. Ja, det var et færdigt koncept. Det var en gruppe unge, vi vurderede kunne have gavn i den periode projektet varede. Herefter var projektet færdigt som projekt.”*

I flere projekter, vi er blevet præsenteret for, er der et samspil med eksterne parter på flere niveauer. Projekterne danner netværk i flere lag. Som en interviewperson fortæller om et projekt, hvor en række landkommuner på Sjælland er gået sammen i et projekt kaldet “kost, motion og netværk” for børn og unge.

*“Vi lægger meget vægt på at få lavet netværk mellem børn og forældre – det er ofte svage forældre, hvor der er andre problemer. Man kan ikke bare nøjes med undervisning af børn og unge – det skal være praktisk og sjovt. Vi tager dem med til aktiviteter – alle mulige aktiviteter. Vi sørger for at ramme plet, så vi kan få dem ind i foreningslivet, hvor de gerne skulle blive hængende. Deres forældre inddrages også.”*

I projektet er med andre ord involveret, dels flere kommuner med sundhedsmedarbejdere og skoler, dels foreninger fra den frivillige sektor samt børn og forældre. Dette er alene i det netværkslag, der vedrører den konkrete udførsel. Udover dette lag er projektet bygget op af et lag for udvikling, her spiller eksterne aktører også en væsentlig rolle. Interviewpersonen fortæller:

*“Vi har selv udviklet projektet i kommunerne. Vi søgte midler fra Socialministeriet og fik nogle millioner, som er grunden til, vi har de overskrifter på projektet i dag, som vi har. Når man starter, vil man det hele. Socialministeriet ville have, at Rambøll skulle evaluere, og de har hjulpet med at kredse ind, hvad der skal sættes på – det har været godt at have Rambøll med, som har sagt, hvad kan I måle på, hvad virker. I må være fokuserede, I kan ikke det hele. Rambøll har rådgivet.”*

Projektet har med andre ord også involveret et ministerium og et privat konsulentfirma samt kommunernes udviklingsafdelinger. Kort sagt et projekt med mange aktører involveret, interne såvel som eksterne, og i flere faser.

Kigger vi lidt mere generelt på spørgsmålet om inddragelse af eksterne parter, så har vi i undersøgelsen spurgt om argumenter for inddragelse af eksterne parter. Af kommunernes besvarelser fremgår det, at læring, kreativitet, idé-udveksling og udvikling er væsentligt motiver for et sådant samarbejde. Godt 2/3 af kommunerne (48 kommuner) henviser til læring og udvikling som begrundelse for inddragelse af eksterne parter, færre kommuner (21 i alt) henviser til manglende kompetencer i egen organisation som argument for at opstarte et samarbejde med en ekstern aktør. En enkelt kommune udtrykker eksplicit, at samarbejde er begrundet af økonomiske hensyn, hvor kommunens begrænsede budget ikke strækker langt nok, og at man derfor søger samarbejde med eksterne parter.

Det er et indtryk fra undersøgelsen, at kommunerne er bevidste om deres ansvar, når de indgår aftaler med eksterne parter. Fordelingen af ansvar er afhængig af, hvem den eksterne part er, men som en generel rettesnor angiver flere kommuner, at det endelige ansvar og de formelle retningslinjer ligger hos kommunen, mens der i forhold til de mere konkrete aktiviteter er tale om et lige samspil. En del af kommunerne angiver, at hele ansvaret ligger hos dem selv. Det er meget sjældent, at kommunerne angiver, at ansvaret udelukkende ligger hos den eksterne aktør. En del kommuner har ikke generelle retningslinjer for ansvarsplacering, men tager stilling til spørgsmålet om ansvar fra aktivitet til aktivitet.

En kommune nævner et projekt, hvor ansvaret lå hos en kostvejleder og involverede flere skoler og flere eksterne parter såsom en kokkeskole, fiskehandler og private familier.

*“Der er et projekt, vi lige har kørt, et skoleprojekt om mad. Børnene fik tilbud om at komme på kokkeskole. Børnene gik en uge på kokkeskole og blev inddraget i at lave mad. De fik viden om maden og lavede mad til en fest med familien, hvor børnene så var værter og serverede maden for deres familier. Desuden var børnene ude at se på producenter, de besøgte f.eks. en fiskehandler og fik smag for det. Man prøver at vise dem, at sund mad ikke behøver at være kedelig mad. Det fik en rigtig positiv evaluering af børnene – de fik en hel anden indsigt. Det var en kostvejleder med en bachelor i humanernæring, som kørte dette projekt.”*

# Pædagogiske og didaktiske principper

I et sundhedspædagogisk perspektiv handler forebyggelse og sundhedsfremme om mere end blot at etablere sunde aktiviteter, det handler også om læring, kompetenceudvikling, pædagogiske værdier og dannelsesidealer, f.eks. målgruppeinvolvering, deltagelse og handlekompetence. Hvordan får man sundhed på dagsordenen i den pædagogiske hverdag? Hvordan integreres forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter i tråd med andre opgaver i de udførende institutioner, og hvordan involveres børn og unge rent faktisk? I undersøgelsen er der spurgt til eksempler på konkrete projekter, og i den forbindelse er interviewpersonerne blevet bedt om at angive de pædagogiske principper bag projekterne samt måden, børn og unge er blevet involveret på.

## Sundhedspædagogisk ramme og involvering<sup>7</sup>

I forhold til involvering fremgår det af respondenternes svar, at rammerne for en sådan er meget afhængig af det enkelte projekts art og målgruppens alder. I 21 % af kommunerne involveres unge helt fra starten af projektudviklingen med at få ideer og give udtryk for egne behov. I 35 % af kommunerne inddrages børn og unge ikke i projektudviklingen fra start, men involveres i stedet mere løbende, som tidligere diskuteret. Dette betyder, at de ikke har indflydelse på den oprindelige opbygning af et projekt eller på, hvilke projekter der sættes i gang, men at de er med til at præge projektet, når det er i gang. 6 % af kommunerne involverer

---

<sup>7</sup> Seks af kommunerne (8 %) besvarede ikke spørgsmålet om involvering af børn og unge i projektudvikling. Følgende omfatter således 66 kommuner, der har besvaret dette spørgsmål som en del af deres samlede besvarelse.

også løbende børn og unge i projekterne, men mener, at rammerne skal sættes af voksne, og at det samtidigt er vigtigt, at projekterne også styres af evidens. Endelig involverer en tredjedel af kommunerne (33 %) ikke børn og unge i udviklingen og udførelse af forebyggende og sundhedsfremmende projekter. Disse kommuner, der ikke involverer børn og unge i nogen grad, er dog opmærksomme på vigtigheden af involvering og mere end halvdelen af dem, der svarer benægtende på involvering, siger samtidigt, at de ønsker en højere grad af fremtidig involvering.

Kigger vi nærmere på formen for involvering, så giver kommunerne flere forskellige eksempler på involvering. En interviewperson fortæller om en bredt involverende kultur i en større jysk kommune, hvor børn og unge er inddraget i alle faser fra de indledende politiske beslutningsprocesser til projekters udformning og udførsel.

*“Da vi skulle lave sundhedspolitik skulle børnene komme med forslag til sund kost og fysisk aktivitet – de, der vandt, fik en tur til en legepark. Der var rigtig mange institutioner og skoler involveret. Vi har også haft en skrivekonkurrence, hvor børnene skulle skrive et eventyr om sund mad. Vinderen fik bogen udgivet. Børnene involveres og høres meget. “Spark Røg” er et nyt projekt, hvor ældre elever skal være rollemodeller, det arbejder vi med nu. Vi har rigtig mange projekter, hvor børn og unge involveres.”*

En interviewperson fortæller om inddragelse af mindre børn i projekter:

*“At lave sådan et skuespil fungerer bedre end at sige til børnene, at de skal gøre sådan og sådan. Vi har f.eks. brugt et eventyr og et dukketeater og lavet et dialogspil, hvor forældre og pædagoger laver møder om aftenen og laver dialogskuespil, hvor forældre er medspillere, og hvor børnene også er inddraget i selve spillet.”*

En anden interviewperson fortæller om inddragelse af større børn:

*“Vi startede med at lave en undersøgelse i alle 8. klasser – elektronisk. Hele konceptet gik på, at eleverne skulle svare på spørgsmål anonymt om deres sundhedsadfærd. Herefter prøvede vi konceptet af og lavede forskellige workshops. Eleverne var positive, de oplevede, at de voksne var nærværende. At det ikke bare*



er nogle eksterne personer. De synes det var godt med forskellige workshops – 2 timer med livsstil og misbrug og sundhedsplejersker. Ingen løftede pegefingre, de fik mundtlig information. De var gode mennesker at snakke med. Det virker nærværende, at der er tid til at snakke. Det er op til den enkelte elev, hvad de føler behov for, og hvad de havde lyst til at prøve på workshoppen. Det er meget baseret på frit valg.”

### **Involvering af børn og unge:**

- Politik-formulering
- Projekt-formulering
- Mål-formulering
- Løbende engagement i projekter
- Evaluering og tilbagemelding
- Ideer i hverdagen som input til projekter

Interviewpersonen lægger vægt på samspillet mellem de professionelle og børnene og de unge. Tilgangen er bred og involverende.

*“Tre sundhedsplejersker til 25 elever, hvor sundhedsplejerskerne i dialog med eleverne finder ud af, hvad der skal foregå. Det, at de unge selv måtte vælge, at sundhedsplejerskerne kom i dialog med de unge, var vigtigt. De skulle prøve sundhed af i det brede perspektiv. Efter dagen tilbydes de unge individuelle samtaler, hvor de unge er forberedt, idet de har reflekteret over det. De kommer også til samtale nogle uger efter. De er blevet mere bevidste om deres sundhedstilstand. De bliver motiveret på en anden måde – de skal selv blive bevidste, end at man bare fortæller dem det. De er mere bevidste omkring deres egen sundhed bagefter – de kommer selv med løsningsforslag til den individuelle samtale – de bliver mere engageret, end hvis de bare får info.”*

Projektet er kendetegnende for en involverende tilgang, hvor både indhold og rammer er baseret på involvering af de unge. En tilsvarende tilgang giver en anden interviewperson udtryk for i forbindelse med et projekt omkring misbrug.

*“Vi tog udgangspunkt i at spørge til de unges sundhedsadfærd. Hvad synes du om dit liv for tiden, føler du dig ensom? Der var både trivselsspørgsmål og selvtilidsspørgsmål. Skemaerne brugte misbrugskonsulenterne til de individuelle samtaler. Flere kommuner har kørt ideen, de har ændret lidt på konceptet. Det blev udviklet af nogle lærere, de unge skal selv reflektere over sundhed. Eleverne kom-*

*mer bredt omkring. Efterfølgende har de evalueret og tager kritikken til efterretning. Eleverne synes f.eks., at en film var for kedelig, så kiggede vi på, hvad konceptet så skulle være. På denne måde er elever inde over projektet. Vi tager deres kritik til efterretning og informerer lærerne, så de kan køre videre med nogle af ideerne.”*

Som citatet tydeliggør, er der i nogle projekter tale om en bred tilgang til sundhed og om involvering af børn og unge både i forhold til udformningen af aktiviteter og i forhold til efterfølgende evaluering og videreudvikling.

I undersøgelsen har vi kunnet se en sammenhæng mellem målsætningen om at involvere og et pædagogisk princip om at se børn som ressourcepersoner. Børnene bliver anset som handleduelige og derfor i stand til at nå et på forhånd fastsat mål, der drejer sig om deres egen sundhed. Mange kommuner giver udtryk for en kombination af disse tilgange. Som en interviewperson fra en mindre jysk kommune formulerer det.

*“I projektet “Sunde børn i en sund fremtid” bliver børnene medinddraget, og vi har helt klart det pædagogiske aspekt med, det er også meget almindeligt i andre projekter, det er et spørgsmål om, at børnene går ind i aktiviteten. Børnene indgår også i dialoger – det foregår hele tiden, at de taler om, hvad der er sundt. Det er en gammel tanke at pådutte en definering udefra. Det er at vælge sin tilværelse – det aktive og sunde valg er en del af sundhedsforståelsen. Det er et overflødigt spørgsmål om børn og unge involveres og indgår i dialoger – det har vi gjort i mange år. Det modsatte er en gammel tankegang.”*

En anden interviewperson giver udtryk for en lignende tilgang, hvor de unge inddrages aktivt i projektet, og hvor de anskues som kompetente og ansvarlige vidensbrugere.

*“Der foregår rigtig meget ude på skolerne. Der har vi f.eks. “Aktive vurderinger”, hvor børnene selv skal vælge aktivt, at de f.eks. ikke vil ryge. Vi står ikke og fortæller dem, at de dør som 30-årige, hvis de ryger for at få dem til at lade være med at ryge. De skal selv tage ejerskab og træffe sunde valg. Ideen er kommet udefra, altså man hører om, hvilke metoder der rører sig, hører lidt fra nogle, får brochurer tilsendt og holder sig orienteret. Børnene skal selv træffe valg, og så skal*

*vi gøre dem opmærksom på de forskellige valg, og hvad der sker, hvis man vælger det ene eller det andet. Det er i dialog med børnene. Børnene tænkes som aktive og medspillere, og så man må håbe, at de træffer sunde valg, ellers må man finde på en anden metode”*

Citatet er kendetegnende for en kombineret tilgang, hvor processerne omkring sundhedsfremme og forebyggelse er åbne, samtidig med at målgruppen er inddraget. I en sådan kombineret tilgang er der entydige pædagogiske principper bag aktiviteterne: Læringshorisonten er åben, og deltagerne anses som ansvarlige og med ressourcer. Tilgangen trækker dog på den forudsætning, at børnene og de unge ønsker at vælge at leve et sundere liv.

I andre kombinationer er der andre bagvedliggende principper, som ikke har samme grad af samklang. I undersøgelsen giver flere kommuner eksempler på projekter, hvor f.eks. en involverende tilgang og en risiko-orienteret tilgang er kombineret. I sådanne projekter er læringsmålene ofte defineret på forhånd, børnene skal leve op til de forhåndsudstukne mål, rammerne er lagt fast, samtidig med at de bliver anskuet som ansvarlige individer med ressourcer til at træffe de rigtige valg. At så forskellige pædagogiske principper bringes sammen er overraskende, men ikke desto mindre meget almindeligt, hvis vi skal dømme efter besvarelserne. Når vi i undersøgelsen i forhold til konkrete projekter har spurgt til, om børn og unge ses som resourcepersoner eller som nogle, der skal klædes på til at undgå bestemte risici, så er der en væsentlig andel af kommunerne, der giver udtryk for et både/og, at de i projekterne tager udgangspunkt i et bagvedliggende fokus på risici, som følger de af Sundhedsstyrelsens udmeldte KRAM-faktorer, inklusiv seksualitet, mens de samtidig anskuer børn og unge som ansvarlige resourcepersoner og derfor lægger vægt på involvering. Tilsyneladende vil man i kommunerne gerne være systematiske i forhold til særligt vigtige indsatsområder og bruger her nationale udmeldinger som målestok, men tænker samtidigt i involverende former i projekterne, hvilket peger i retning af mere åbne målsætninger.

Et eksempel på en sammenkædning af en risikotilgang, hvor rammerne og målet er givet (dvs. en lukket tilgang) og en involverende tilgang, hvor de unge ses som kompetente og ansvarlige (dvs. en åben tilgang), ses i en mindre jysk bykommune, hvor man har udarbejdet motionskontrakter med eleverne.

*“I et projekt sidste år udarbejdede vi en motionskontrakt med de unge, som den første kommune i landet. Eleverne er vant til et system, der hedde elevelintra, hvor der findes noget, som hedder en læsekontrakt. Vi lavede så en pendant til det. Den enkelte elev lavede en kontrakt med sin lærer om, hvor meget motion de skulle lave. Eleverne fik udleveret en skridttæller, og der gjorde vi det, at vi tog ud og holdte oplæg om forebyggelse, sundhed og motion. De skulle så registrere, hvor meget de bevægede sig i denne periode. Vores mål var 60 minutter om dagen, som anbefales af Sundhedsstyrelsen. Vi havde dem med i dialog under oplægget – det var en ping-pong-samtale, og de skulle ud på gangen og prøve skridttælleren af.”*

Som citatet tydeliggør, er der en sammenkædning af et relativt snævert sundhedsfagligt fokus på motionsmål med en involverende tilgang, hvor de unge anses som ansvarlige parter, man kan indgå kontrakt med. Fastdefinerede mål for bevægelse kombineres med kontrakter og ping-pong-samtale.

## **Sundhedsbegreber**

Af interviewpersonernes tilbagemeldinger fremgår det, at man i de fleste kommuner arbejder med flere samtidige sundhedsbegreber.

Ser man mere generelt på spørgsmålet om sundhedsbegreber, så har en kommunes valg af sundhedsbegreb indflydelse på, hvordan kommunen vinkler sin sundhedsindsats, hvilke målgrupper man orienterer sig mod, hvordan man involverer disse målgrupper, hvordan ansvaret tilskrives den enkelte eller gruppen, og endelig hvordan sundhedsprofessionelle tænkes at intervenere.

I denne sammenhæng er det muligt at skelne mellem fire orienteringer af sundhedsindsatsen, som også er introduceret af Jensen (2009). En kommune kan i sine projekter have en positiv/negativ orientering. Denne skelnen handler om, at projekter enten er positivt orienterede mod at “skabe livskvalitet” hos en given målgruppe eller negativt afgrænsede med det formål at understøtte “fravær af sygdom”. Desuden kan kommunen orientere sine projekter bredt/snævert, hvor denne opdeling har med målsætninger at gøre, hvor brede målsætninger involverer sociale og kulturelle forhold omkring sundhed, mens snævre målsætninger er

fokuserede på adfærds- og livsstilmæssige aspekter. Når projekter tager udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb har projekterne at gøre med at påvirke mange sider af børn og unges sundhedsadfærd ved at etablere gode vaner, give ideer, pege i retning af muligheder og skabe incitament for hensigtsmæssig livsstil. Der er ikke på forhånd opstillet faste rammer, idet børnene og de unge selv skal deltage aktivt i at formulere mål. Handling og forandring er væsentlige ingredienser i sådanne projekter. Når projekter tager udgangspunkt i et negativt og snævert sundhedsbegreb handler det om at advare mod bestemte risici og skabe incitament hos børnene og de unge for at fravælge en livsstil med helbredsrisici. Disse projekter tager ofte udgangspunkt i lægefaglig viden og kliniske data. I denne forbindelse handler forebyggelse om at hjælpe målgrupper til at undgå bestemte adfærdsformer med negativ indvirkning på helbredet.

<b>Bagvedliggende sundhedsbegreber</b>		
	<i>Negativt</i>	<i>Positivt</i>
<i>Snævert</i>	Fravær af sygdomrisikoadfærd	Livsstil som sundhedsdeterminant
<i>Bredt</i>	Risikable levevilkår	Livskvalitet, handlemuligheder

I undersøgelsen er der ikke et entydigt billede af sundhedsbegreber i kommunerne. Det handler ofte om kombinationer på tværs af gængse skel.

En kombineret tilgang ses i en jysk kommune, hvor man sætter ind over for overvægt (forstået som en bestemt type risikoadfærd), men med en bred positiv tilgang.

*“Vi lavede et sundhedsfremmende tiltag og besøgte alle 3 til 5-årige og deres familier og snakkede kost og bevægelse. Projektet hed “Livsstilshjemmesøg”. Sundhedsplejersker tog ud til familierne og snakkede om sund levevis.”*

En entydig bred og positiv tilgang ses i en anden jysk kommune.

*“Vi har en hel del år arbejdet med det positive sundhedsbegreb – vi arbejder med klasselærere og elever om, hvad er behovet her. Vi arbejder meget med modellen aktiv vurderinger – dette er nemt for elever at deltage i, og ideen i det er, at man får dem til at overveje deres egne holdninger og tage stilling. Den kan være med til at bryde mytedannelse – det at alle de andre gør det, så derfor bliver jeg også nødt til det. Det gælder både rygning, alkohol og seksuel debut.”*

I en sjællandsk bykommune gennemsyrrer den brede og positive sundhedstilgang både politikformulering og konkrete aktiviteter.

*“En kost og bevægelsespolitik som børnene og deres forældre er med til at udvikle. Fx har der været et madpakkeværksted for forældre. Både børn og forældre skulle inddrages i dette projekt – noget de gør sammen. Det handler meget om, at børnene skal lære de rigtige vaner og indgår i en dialog – det skal de lære i samarbejde med dem selv – de skal ikke pådømmes bestemte holdninger.”*

I en sjællandsk kommune handler det om at bryde mytedannelse igennem at etablere dialog med eleverne. Den positive og brede tilgang er kombineret med et fokus på risiko-områder som rygning, alkohol og seksuel debut.

Af undersøgelsen fremgår det, at der ofte er en positiv og bred forståelse af sundhed i de enkelte projektaktiviteter, nogle gange kombineret med et fokus på særlige risici, mens der i forhold til de mere overordnede prioriteringer og strategier tænkes i risikobegreber og mere snævre mål baseret på klinisk viden om uhenigtsmæssig livsstil og sundhedsskadelig adfærd. Når vi har spurgt interviewpersonerne om enkeltprojekter er sundhedsforståelsen positiv, her er det tydeligt, at det er langt mere eftertragtet at omtale projekterne som positive, aktive projekter i stedet for projekter, hvor fokus ligger på uønsket adfærd. Derimod har der været en tendens til, at interviewpersonerne, når det handler om strategi og prioritering af målområder, har tænkt mere i negative sundhedsbegreber og snævre målsætninger i forhold til risici.

En interviewperson fra skoleområdet i en mindre jysk landkommune opsummerer de kombinatoriske muligheder tydeligt og gør sig flere overvejelser om inddragelse, risikofaktorer og læring hos børn, der anskues som erfarne og kompetente.

*“Mere er på tegnebrættet – børnene er ikke kommet ind, vi har ikke nogle projekter, der er måske nogle hos sundhedsplejerskerne, men jeg ved ikke, hvordan de gør det. Der kunne vi godt lære noget mere om at få børnene med. Vi gjorde det omkring KRAM, men det var mere enkeltaktiviteter. Der fik børnene roller – f.eks. at tale om sundhed, at røre sig osv. Der var særlige roller, de skulle udføre, det har været på udførende niveau, men der har dialogen været fra institutionerne og ikke her fra os. Vi har aldrig haft børnene med, de unge har vi haft med som sundhedsambassadører, men det er jo også kun ganske få. Det har været en ret aktiv rolle at være repræsentant. Men der kunne være flere, der kunne være mere aktivt involveret. Vi kunne godt blive mere opmærksomme på at få børnene med. Vi har en ide om at lave et lærings- og mestringskursus målrettet kronisk syge børn, der vil det være børnene, der vil være de erfarne, men det er på tegnebrættet, men det kunne være spændende.”*

Som eksemplet tydeliggør, er faglighed af væsentlig betydning for orienteringen i projekter. På projektniveau kan spørgsmålet om sundhedsbegreb med andre ord ikke ses uafhængigt af spørgsmålet om faglighed. Flere interviewpersoner giver i denne sammenhæng udtryk for manglende fælles faglighed som en væsentlig udfordring for det forebyggende arbejde. Ifølge flere af de interviewede er det særligt forholdet mellem medarbejdere med en lægefaglig og pædagogisk baggrund, der kræver opmærksomhed. Hvor de lægefagligt orienterede medarbejdere øjensynligt sætter livsstilssygdomme og helbredsrisici i fokus, tænker de pædagogiske og socialpædagogisk orienterede medarbejdere sundhedsfremme og forebyggelse i forhold til børn og unges læring, kompetenceudvikling og livsløb. Da vi i undersøgelsen spørger de interviewede selv om et dækkende sprogbrug, taler flere af interviewpersonerne i brede sundhedskategorier og opretholder samtidig et fokus på traditionel sundhedsbaseret viden om kost, rygning, alkohol og motion (de såkaldte KRAM-faktorer). I forhold til børn og unge tegner der sig et billede af dobbelte strategier, hvor de interviewede både giver udtryk for, at de ønsker at give indsatserne det rigtige pædagogiske fingeraftryk, samtidig med at de også er bevidste om vigtigheden af at operere på et sundhedsfagligt velspecificeret grundlag.

Af kommunernes besvarelser fremgår det, at omtrent lige mange projekter tager udgangspunkt i enten et bredt eller et snævert sundhedsbegreb. Mange projekter har en blandet orientering med elementer af både bred og snæver karakter. I denne

forbindelse er et væsentligt fund i undersøgelsen, at der er en tæt sammenhæng mellem de temaer, kommunerne nævner for deres projekter, og nationale udmeldinger fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen. Den blandede orientering i mange projekter opstår med andre ord, fordi kommunerne på den ene side orienterer sig snævert efter de fire KRAM-faktorer samt temaet seksualitet, mens de på den anden side samtidig tilrettelægger projekterne ud fra en bredere og mere miljøorienteret tilgang, når det handler om eksempelvis involvering af børn og unge. Alle kommuner giver udtryk for, at de tager bestik af nationale udmeldinger, og samtidig angiver flere kommuner, at deres projekter tager udgangspunkt i et bredt sundhedsbegreb.



# Konklusion

Formålet med “*Forebyggelse og sundhedsfremme for børn og unge*” har været at undersøge kommunernes arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme både i forhold til den overordnede organisering og i forhold til den konkrete indsats. Vi håber med en kombineret sundhedspædagogisk og ledelsesstrategisk tilgang at have produceret viden om de tværgående udfordringer, der møder kommunerne.

Et samlet indtryk er, at kommunerne står over for flere og i nogle henseender modsatrettede hensyn i forhold til at skulle organisere forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunerne giver udtryk for mange konkurrerende hensyn.

Uden at foregive at være udtømmende giver figuren her indtryk af de flittigst brugte argumenter for placeringen af forebyggelse og sundhedsfremme. Nærhed til andre opgaver er et ofte nævnt kriterium. Faglighed i forhold til et sundhedsmæssigt og/eller pædagogisk udgangspunkt er ligeledes en vigtig præmis. Samtidig med at det måske oftest nævnte hensyn handler om at opbygge en særlig helhedsorienteret og tværgående orientering i det sundhedsfremmende arbejde. Det at arbejde målrettet og opfange signaler tidligt er også vigtige bagvedliggende ambitioner for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde.

De mange hensyn kan siges at tage udgangspunkt i en mere overordnet udfordring, der knytter sig til forebyggelse og sundhedsfremme. Kommunernes besvarelser har vist, at i arbejdet med at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i organiseringen, står kommunerne over for en dobbelt udfordring, hvor det både handler om at selvstændiggøre et nyt strategisk fokus på det øverste politiske- og ledelsesmæssige niveau og samtidigt indlejre forebyggelse og sundhedsfremme i en allerede institutionaliseret kontekst. Mange kommuner har givet udtryk for, at det kræver en vis balancegang både at etablere forebyggelse og sundhedsfremme med et eget fokus og samtidig sikre opgaverne en institutionel forankring fra neden,

### **Eksempler på begrundelser for placering af forebyggelse og sundhedsfremme**

- Nærhed
- Faglighed
- Hensyn til helhed
- Det tværgående perspektiv
- En målrettet indsats
- Sætte sundhed på dagsorden
- At opfange signaler tidligt
- Vidensudveksling og læring i faggrupper
- At ansvarliggøre de involverede
- Politisk pragmatik i forbindelse med kommunesammenlægning

faglighed som et forhold af væsentlig betydning. I denne sammenhæng har det været kendetegnende, at man endnu ikke har opbygget en fælles faglighed internt i kommunerne. Mange interviewpersoner har givet udtryk for en modsætning mellem henholdsvis et lægefagligt og et pædagogisk udgangspunkt. I forhold til børn og unge oplever kommunerne det med andre ord udfordrende at skulle få fagligheden til at dække både det pædagogiske og det sundhedsfaglige perspektiv. Denne udfordring viser sig særligt på projektniveau.

altså indplacere de forebyggelses- og sundhedsfremmerelaterede aktiviteter i de allerede etablerede institutioner på området for børn og unge. For kommunerne handler det på den ene side om at sikre tilstrækkeligt selvstændige strukturer til, at opmærksomheden omkring de nye opgaver bevares. På den anden side er det vigtigt at forankre aktiviteterne i de eksisterende tilbud, særligt fordi opgaverne med forebyggelse og sundhedsfremme er nye, og fordi medarbejdere og andre aktører derfor skal understøttes i at se opgavernes relevans.

I forhold til arbejdet med at integrere forebyggelse og sundhedsfremme i det eksisterende tilbud har kommunernes besvarelser peget i retning af

# Hovedudfordringer

Med udgangspunkt i den tilvejebragte viden i undersøgelsen kan tre hovedudfordringer udpeges for kommunernes videre arbejde.

- At formulere sundhedsstrategier i netværk
- At organisere indsatsen for børn og unge med projektet som organisationsform
- At kombinere en sundhedsfaglig og pædagogisk tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme

## Strategi i netværk

Som undersøgelsen har vist, lægger kommunerne vægt på tværgående strukturer i forbindelse med sundhedsfremme og forebyggelse. Det er vores indtryk, at meget taler for netværksorganisering som en velegnet ramme for sådanne aktiviteter. Blot for at nævne et par fordele, så er netværksorganisering for det første en fleksibel ramme, når allerede etablerede institutioner skal samarbejde om nye opgaver. I forhold til kerneaktiviteter vil institutionerne forblive selvstændige enheder, mens de i forhold til de nye opgaver har mulighed for at samle sig og agere i flok (la Cour & Højlund 2008b). For det andet er netværksorganisering en relativt åben organisationsform, hvor de deltagende aktører vil lægge forskellige værdier i samarbejdet (Andersen 2006).

I undersøgelsen nævner flere kommuner projekter fra sund-by-netværket, og netop sund-by-netværket er et godt eksempel på en velfungerende netværksorganisering. For det første bryder netværket gængse skel mellem sektorer op. Netværket involverer både statslige og kommunale organisationer, enkeltkommuner og private aktører.

For det andet kombinerer sund-by-netværket på en fleksibel måde de deltagende parters forskellige ressourcer. Staten går foran som initiativtager og idémaker. Kommunerne følger trop som dem, der skal tage projekterne i anvendelse. I flere projekter er private aktører værter for enkeltaktiviteter og stiller organisatorisk know-how og kompleksitet til rådighed for netværket.

For det tredje åbner sund-by-netværket for en tværgående og helhedsorienteret tilgang til forebyggelse og sundhedsfremme, hvor forskellige policy-områder spiller sammen om delprojekter.

Kort sagt er der med sund-by-netværket tale om et kerneeksempel på et netværk, hvor der er egen strukturdannelse omkring projekter, men fælles strukturer på andre niveauer, og hvor der ikke sker en opløsning af institutioners egenart, men etableres et plussumspil, hvor forskellige interesser samlet i et fællesinitiativ, uden at forskelligheden herved bliver opløst. Sund-by-netværket overskrider grænser, ikke ved at opløse disse grænser, heller ikke ved at erstatte dem, men ved at supplere dem med nye grænser og ny organisationsdannelse.

I nærværende undersøgelse nævner flere kommuner det at lægge strategi som en væsentlig udfordring. Kommunerne giver udtryk for, at forebyggelse og sundhedsfremme, fordi det bygger på et samspil mellem mange selvstændige deltagere, risikerer at miste fokus, fordi deltagerne bringer egne målsætninger med i samarbejdet.

Et muligt svar på en sådan diversitet er at formulere sine strategier med en tilpas åbenhed til, at strategierne kan blive fortolket forskelligt af de deltagende aktører, uden at de igangsatte aktiviteter herved belastes af konflikter. Én strategi kan f.eks. være, at deltagerne er fælles om at putte ressourcer i en bagvedliggende og fælles institution, men frie til at forvalte ressourcerne forskelligt, når konkrete aktiviteter løber af stablen. En anden strategi kan være at formulere målsætninger med åbenhed i flere retninger, så de deltagende institutioner efter behov kan hacke sig ind de steder, der passer dem.

I undersøgelsen illustrerer flere tilbagemeldinger en vis frustration i kommunerne over manglende fælles fodslag i arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme. Der ligger uden tvivl en fremtidig udfordring her. Måske handler det også om at se forskellighed som en styrke. Der er en væsentlig strategisk pointe i diversitet. I stedet for at påtvinge den fremtidige forebyggelse og sundhedsfremme en fælles horisont, kan en offensiv strategi være at tillade forskellighed. Ikke at en sådan forskellighed bør dyrkes uden fastlagte rammer, men snarere sådan at kommunerne formulerer en fælles-strategisk grund for fremtidigt arbejde, fra hvilken man selv (og ikke mindst eksterne aktører) har mulighed for at have forskellige grunde til at indgå og opretholde et netværkssamarbejde, uden at disse grunde behøver at være harmoniserede, for at det eller de givne netværk fungerer. Det giver god mening at forestille sig, at det virker stimulerende, hvis der er mange forskelligartede argumenter for forebyggelse og sundhedsfremme, således at hver deltager i samarbejdet har gode grunde til at være med. Organisationssociologen Gunther Teubner taler i denne sammenhæng om strategier i netværk som "hybride" (Teubner 2005). I netværket bringer de deltagende organisationer forskellige interesser sammen, som ellers ville være uforenelige (se også Højlund 2006; Højlund & la Cour 2008a).

## **Projektet som organisationsform**

Undersøgelsen giver et tydeligt billede af projekter som den foretrukne organisationsform i forbindelse med forebyggelse og sundhedsfremme. Flere forhold taler for denne organisationsform som en velegnet ramme for forebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter. Dels er de kommunale forvaltninger, der har ansvar for forebyggelse og sundhedsfremme, i forvejen indbundet i faste aftalestrukturer, forvaltningerne har bindende budgetaftaler og driftsoverenskomster med deres institutioner, de har veletablerede forretningsgange med de politiske udvalg. Dels er de kommunale forvaltninger generelt set optaget af moderniseringsarbejde. Kort sagt: Forvaltningerne behøver ikke flere faste strukturer for arbejdet. Projektformen er den mindst bindende form at vælge, fordi projekter opløses, når målsætningerne er indløst, og fordi de deltagende parter kan gå hvert til sit, kun bundet af de fælles erfaringer, man har gjort sig i projektperioden.

Hvad kendetegner et projekt i forhold til andre organisationsformer? Et par lærebøger giver følgende definitioner:

*“De [projekterne] ligger uden for den normale rutine, praksis og kompetence, og derfor fordrer deres løsning ekstraordinære organisatoriske foranstaltninger. Den unikke eller ekstraordinære opgave, der skal løses gennem et projektarbejde, betragtes almindeligvis som et definatorisk karakteristikum ved projekter”*

*(Christensen/Kreiner 1994: 24).*

Og

*“[Projects] are goal-oriented. They involve the coordinated undertaking of interrelated activities. They are of finite duration, with beginnings and ends. They are to a degree unique” (Frame 1987: 2-3).*

Projekter har med andre ord status af noget ekstraordinært, de er opgaver ud over det sædvanlige og sætter vanlige rutiner ud af kraft. Men hvordan ser det ud på opgaveområder, hvor projekter er blevet en gængs organisationsform? Hvis projekter er blevet det, man stabiliserer sig omkring, hvordan går det så med projekternes fornyende kraft? Her ligger en udfordring for kommunerne i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme. Flere kommuner giver udtryk for en stor optimisme i forhold til brugen af projekter. Kommunerne er med rette stolte af de vellykkede projekter og fremhæver gode eksempler på forebyggelse og sundhedsfremme båret af lokale ildsjæle involveret i konkrete projekter. Uden at forklejne disse folks vigtige arbejde er det samtidig vigtigt at være opmærksom på projektformens risici. En forebyggelse og sundhedsfremme, der alene lever i og gennem sine projekter, risikerer at miste sammenhæng. Der hvor aktiviteter stabiliseres gennem en, i princippet, uendelige rækker af fortløbende projektbegyndelser, risikerer organisationen at blive ramt af en vis rastløshed. For ledere og medarbejdere bliver de fortløbende omstillinger fra projekt til projekt et stabiliserende element, man hænger sin identitet op på. Projektbeskrivelser bliver aktørernes paradoksale forankring af identitet. Det bliver igennem projekter, organisationen stabiliserer sig, og igennem projekter, den fornyer sig – projektorganisationens umulige både/og.

## Kombineret faglighed

Et sidste punkt, hvor undersøgelsen peger i retning af udfordringer for arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme, er i forhold til faglighed. Status er, at de nye kommuner har fået ansvar for en række opgaver, og at disse opgaver er fagligt forankrede, men at der naturligt nok er lang vej i forhold til at kombinere de forskellige fagligheder. Her giver kommunerne i flere projekteksempler indtryk af, at projekter er båret af parallelle fagligheder, snarere end kombinerede. Forebyggelse og sundhedsfremme har fået et fornyet fokus og er sammen med et nærhedsprincip om at involvere flere sider af borgernes liv blevet etableret som en målsætning for de kommende års sundhedsindsats. Hvordan fagligheden omkring indsatsen vil blive formet, vil de kommende årtier vidne om.

Egentlige undersøgelser omkring faglighed er endnu ikke gennemført, her er der kun mere generelle undersøgelser at trække på (Pedersen et al. 2008; Knudsen et al. 2008: 171-189). En kortlægning fra Sundhedsstyrelsen (2008) konkluderer, at kommunerne i forhold til forebyggelse og sundhedsfremme efterspørger rådgivning inden for tre områder. For det første ønskes rådgivning om værktøjer og metoder og disses anvendelighed. For det andet rådgivning om, hvordan man skal arbejde med risikofaktorer og evidens om effekter af indsatser rettet mod udsatte grupper. Og for det tredje rådgivning om, hvordan man kommunikerer budskaber, så de har en effekt hos modtagergrupper (jf. Sundhedsstyrelsen 2008: 36).

Kommunernes besvarelser i vores undersøgelse giver indtryk af, at også rådgivning i forhold til faglighed efterspørges. At dømme på udsagn fra kommunerne handler det om faglighed og redskaber f.eks. i forhold til involvering af målgrupper, samarbejde med eksterne parter, samarbejde mellem egne institutioner, håndtering af faglige og værdimæssige konflikter. Det er vores indtryk, at de redskaber, der efterspørges her, er praksisnære og erfaringsbaserede og tager udgangspunkt i de samarbejdende aktørers forskellige fagligheder. En afsluttende anbefaling i denne rapport skal derfor lyde for et videre arbejde med at opsamle viden og udveksle erfaringer baseret på et kombineret fundament, der både rummer en sundhedsmæssig faglighed og en sundhedspædagogisk faglighed.

# Litteratur

- Andersen, Niels Åkerstrøm (2006): *Partner-skab*. København: Hans Reitzels Forlag.
- la Cour, Anders, Holger Højlund (2008a): *Third order political actors – Encounters between J. March and N. Luhmann*, Scancor 20th. Anniversary Conference Sessions 21-23 november. Californien: Stanford University.
- la Cour, Anders, Holger Højlund (2008b): Samarbejdets dobbelte strukturer. I: Jesper Tække & Michael Paulsen (eds.). *Luhmann og organisation – teori, empiri og analyse*. København: Unge Pædagoger.
- Christensen, Søren, Kristian Kreiner (1994): *Projektledelse i løst koblede systemer – ledelse og læring I en ufuldkommen verden*. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Frame, J. Davidson (1987): *Managing Projects in Organisations. How to Make the Best Use of Time, Techniques, and People*. San Francisco and London: Josey-Bass Publishers.
- Højlund, Holger (2006): *Organisering i netværk – hybriden som form*. Arbejds-papir, Institut for ledelse, politik og filosofi, Copenhagen Business School, København.
- Højlund, Holger, Lars Thorup Larsen (2001): Det sunde fællesskab, *Distinktion*, no. 3.: 73-90.
- Højlund, Holger, Anders la Cour (2008): Velfærd gennem det superviserede samarbejde, pp. 197-226 in Kaspar Villadsen, & Camilla Sløk (ed.), *Velfærds-ledelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Højlund, Holger, Karen Wistoft (2008): Fire kommuners organisering af forebyggelse og sundhedsfremme – et pilotstudie. Arbejds-papir, Copenhagen Business School & Danmarks Pædagogiske Universitet, marts 2008.
- Jensen, Bjarne Bruun (2009). Sundhedspædagogiske kernebegreber. I: Kamper-Jørgensen, Finn, Almind, Gert & Jensen, Bjarne Bruun (red.). *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard.



- Knudsen, Janne L., Mads E. Christensen, Bente Hansen (red.) (2008): *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Kommunernes Landsforening (2006): *Kommunernes Landsforening vejledning om sundhedspolitik*. København: Kommunernes Landsforening, 20. marts 2006.
- Lov nr. 546 af 24. Juni 2005.
- Pedersen, Dorthe, Carsten Greve, Holger Højlund (red.) (2008): *Genopfindelsen af den offentlige sektor. Ledelsesudfordringer i reformernes tegn*. København: Børsens Forlag.
- Sundhedsstyrelsen (2005a): *Forebyggelse, sundhedsfremme, rehabilitering i kommunalt regi – fremtidigt samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen, maj 2005.
- Sundhedsstyrelsen (2005b): *Sundhed I kommunerne – nye opgaver og muligheder*. København: Sundhedsstyrelsen, december 2005.
- Sundhedsstyrelsen (2006): *Borgerrettet forebyggelse i kommunen – rådgivning fra Sundhedsstyrelsen*. København: Sundhedsstyrelsen, marts 2006
- Statens Institut for Folkesundhed (2007): *De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning*. København: Statens Institut for Folkesundhed, oktober 2007.
- Sundhedsstyrelsen (2008): *Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats*. København: Sundhedsstyrelsen, 14. maj 2008.
- Teubner, Gunther (2005 [1993]): Den mangehovedede Hydra: Netværk som kollektive aktører af højere orden. Oversat efter The Many-Headed Hydra: Network as Higher-Order Collective Actors. I: J. McCahery, S. Picciotto, C. Scott (red.) (1994 [1993]), *Corporate Control and Accountability*. Oxford: Clarendon Press.
- Wistoft, Karen (2009): *Sundhedspædagogik, viden og værdier*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wistoft, Karen, Holger Højlund (2008). *Sundhed – en kommunal udfordring. Kronik Information* 29.3.2008.
- Wistoft, Karen, Dan Grabowski, Holger Højlund (2008): *Unge Hjerter: Afdækning af unges viden og kompetencer inden for området sundhed og hjertekarsygdomme*. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag/Hjerteforeningen, November 2008.

Wistoft, Karen, Holger Højlund, Bjarne Bruun Jensen, Niels Åkerstrøm  
Andersen (2007): *Risikable børn og unge*. Forskningsrådet for Samfund og  
Erhverv (FSE), 1.9.2007 – 31.12.2009.

Denne undersøgelsesrapport belyser kommunernes indledende arbejde med at integrere nye opgaver inden for forebyggelse og sundhedsfremme med særligt fokus på målgruppen børn og unge. Samtidig med, at kommunerne møder en række nye opgaver, hvor opgaveindholdet endnu ikke er defineret, forventes de at indløse en målsætning om at integrere en samlet og bred indsats tæt på borgerne. Kommunerne har klare forventninger og megen vilje og, ikke mindst, mødes de af forventninger fra medarbejdere og borgere om en forstærket indsats, prioritering samt koordinering på tværs.



**Copenhagen  
Business School**  
HANDELSHØJSKOLEN



DANMARKS PÆDAGOGISKE  
UNIVERSITETSSKOLE  
AARHUS UNIVERSITET