

Fri os fra livsstilssygdommene – start livet med at leve sundt og godt.

Besvarelse af prisopgaven 2006/2007 stillet af Dansk Selskab for Medicinsk Prioritering:

Strukturel sundhedsfremmeindsats med hovedvægt på det kommunale børne- og unge område.

Kjeld Poulsen, ph.d., Børn og unge-læge samt speciallæge i arbejdsmedicin

Hvad skal man gøre i dette sammenstød mellem to tankesæt, mellem to kulturer? spurgte Knud, - den ene er jo dømt til undergang.

Man skal lade være med at støde sammen, sagde Edderfuglen, - man skal mødes.

Kurt L. Frederiksen. Edderfuglens rejse. Roman om Knud Rasmussen og den 5. Thule-ekspedition.

Jeg har i mange år undret mig over, at vi har etableret en levevis som, trods enkelte positive tendenser¹, med eksplosiv hast ser ud til at ødelægge vort helbred og true vor fremtidige velfærd²⁻⁵, uden at beslutningstagerne tør skære igennem og foretage de langsigtede investeringer, der skal til, hvis det skal lykkes at vende udviklingen.^{6:7} Jeg synes også, det ville klæde fagprofessionerne, om de i dette tilfælde kunne åbne op for dannelse af en fagligt bredt funderet national taskforce, hvis opgave f.eks. kunne være at bistå med gennemførelsen af en halvering af den negative livsstil over de næste 15 år. Derfor er det et paradoks, at der stadig bruges så megen tid på at lave nye undersøgelser, der atter bekræfter, at problemet vokser støt og roligt, fordi man ikke gør nok ved det. Der er jo rigelig evidens for, at en fortsættelse af den nuværende levevis⁸ vil føre til stigende samfundsøkonomiske⁹ og helbredsmæssige belastninger. Det, der efter min mening mangler, er erfaringer med *hvordan* man iværksætter en indsats, der på realistisk vis vil føre til, at vi over et par årtier får en markant sundere befolkning. Og den erfaring kommer kun ved, at man kaster sig ud i det uprøvede og *gør* dét, som vi tror er tilstrækkeligt. Skal vi som samfund lykkes med at forbedre sundheden, både for den brede befolkning og for de særlig udsatte grupper, er der behov for at tænke i nye strukturer – fagligt, organisatorisk og økonomisk.

Ved struktur forstår jeg en mental-organisatorisk ramme, som skal fremme et dynamisk og bredt fokus på skabelse af forandring i virkelighedens verden og i stor skala. For at nå målet er det ikke nok at strukturere lette valg via lovgivning. Det kan da være en hjælp, men i praksis er der for mange hindringer til at det batter tilstrækkeligt, og en markant forbudspolitik virker ikke og strider desuden mod vores nationalkultur. For det andet kommer den slags initiativer ikke ind bag om, *hvorfor* mennesker vælger som de gør, og *hvordan* man ud fra en gensidig medmenneskelig og respektfuld tilgang, skal få flere til at vælge anderledes. For det tredje så virker en overvejende passiv tilgang ikke. Hvor man ikke selv behøver at gøre noget for at leve sundt, fordi samfundet gør det for os. Jeg tror således ikke på, at lovgivning om ændring af hvor chipsene skal placeres i supermarkederne, vil gøre den store forskel i det generelle sundhedsbillede. Dog er det oplagt at iværksætte lovgivning mod direkte sundhedsfarlige varer, som f.eks. transfedtsyrer i fødevarer. Men ellers handler det om at finde strukturer for hvordan vi kommer om bag ved folks opfattelse af hvornår negativ livsstil er

et problem, man som individ og samfund er nødt til at forholde sig til, og som man har lyst til at gøre noget ved.

Som jeg kommer ind på senere, er det efter min mening en oplagt kommunal opgave at etablere en politisk struktur, hvor der f.eks. kan stilles krav om, at skoler og institutioner ikke må tilbyde usund mad. Men pointen er, at en forudsætning, for at det kan lykkes, er at der etableres en positiv klangbund for ideen hos borgerne. Og kommunens bidrag bliver derfor etableringen af en politisk-organisatorisk-økonomisk struktur, som skal prioritere de nødvendige ressourcer til at gennemføre forandringen i praksis. Realistisk set vil lovgivning om lette valg kun spille en rolle som støtte til grundlæggende forandringsinitiativer, som derved i sig selv bliver forudsætningen for, at denne lovgivning vil kunne virke.

De ændringer, der er nødvendige for at skabe varige, tilstrækkelige og realistiske sundhedsfremme-forbedringer, skal derfor i højere grad være strategisk forankrede og se på praktiske sammenhænge mellem og nytænkning indenfor strukturer, der vedrører:

- Det teoretisk-analytiske apparat
- Anvendelse af projekt- og kvalitetsmetodik
- En politisk-organisatorisk-økonomisk dialog mellem borgere, forvaltning og politikere
- En tværfaglig tilgang, hvor der ses på sammenhænge i sundhedsfremme over hele livsforløb
- Etablering af konkrete og tilstrækkelige forandringer i virkeligheden
- Spredning af de gode initiativer

Opgaven er at etablere nye og mere helhedsbaserede strukturer, der vil gøre det lettere for de fleste af os at designe en sundere hverdag, der virker. Kommunens opgave bliver at finde ud af, hvordan den kan bidrage på en ligeværdig og demokratisk måde til etablering af et socialt partnerskab omkring sundhedsfremme, samtidig med at der meldes klart ud, hvorfor man går ind i dette arbejde og hvad målet er¹⁰.

Den første forudsætning for struktureret nytænkning er, at vi én gang for alle gør op med myten om, at forebyggelse betaler sig, fordi vi om nogle år vil kunne spare store beløb til reparation af følgesygdommene. Problemet er blot, at denne begrundelse ikke har virket i praksis, da den ikke i tilstrækkeligt omfang har formået at motivere til den nødvendige handling. Hverken hos politikere, myndigheder eller den enkelte borger med et forandringsbehov. For det første skal vi i årtier fortsætte med at behandle følgesygdomme af aktuel negativ livsstil, før effekten af forebyggelsen slår igennem. Pengene til forebyggelsen kan således ikke direkte tages fra den postulerede besparelse.

For det andet vil der helt sikkert komme et pres for at bruge pengene til andre behandlinger, især nu hvor flere af os bliver ældre. Selv om vi er enige om potentialet for store økonomiske gevinster, hvis det i fremtiden lykkes at vende udviklingen, er det nødvendigt at forstå, at den primære sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats også skal kunne betale sig i sig selv. Og samtidig stå ved, at det koster ressourcer. Konsekvensen af ikke at gøre noget er jo meget værre. Det betyder at vi er nødt til at redefinere nytten af indsatsen til at handle meget mere om, hvad vi opnår her og nu. Udfordringen består derfor i at etablere et nationalt projekt om at skabe fælles engagement mellem samfund og borgere, om hvordan vi sammen kan gøre det lettere og sjovere at investere ressourcer i sundhed og trivsel. Det er altså ikke kun forventningen om bedre sundhed til slut, men selve rejsen derhen, som skal være den primære værdi i projektet. Og det kan kun lykkes, hvis alle parter oplever, at de hver især opnår tilstrækkelig fordel af rejsen, sammenlignet med hvordan forholdene er nu.

Udgangspunktet er altså, at der ikke findes lette og enkle løsninger, som hurtigt kan fjerne livsstilssygdommene én gang for alle. Jeg tror at kun handlinger, som afspejler denne erkendelse er en forudsætning for at bringe os ud af dødvandet. Men så tror jeg også, at vi kunne vende udviklingen over de næste 10 år – hvis vi altså reelt vil det. I det følgende vil jeg give et bud på hvordan jeg mener at en kommune realistisk kunne opbygge en struktur omkring etablering af et lokalt sundhedsfremmepartnerskab, der giver mere sundhed og trivsel, samt markant reducerer mængden af negativ livsstil. En struktur som skal fremme en folkelig sundhedsudvikling.

Kommunalbestyrelsen i Nørre Jernvilje Kommune var fra starten opmærksom på, at den negative udvikling i folkesundheden var en af de helt store trusler mod den fremtidige velfærd og, at der skulle noget helt nyt på bordet hvis man reelt ville vende udviklingen. Trods mange års forsøg og projekter, stod det skraldt til med at finde løsninger, der kunne vise effekt i stor skala, og som også var økonomisk gennemførlige. Den første erkendelse var, at en tilstrækkelig effektiv indsats ville kræve en længere årrække, end man plejede at arbejde med i det politiske system, før resultaterne for alvor ville vise sig. En sådan stabilitet forudsatte, at der kunne etableres en bred politisk opbakning om projektet. Derfor besluttede Kommunalbestyrelsen at nedsætte et selvstændigt Sundhedsfremmeudvalg, med tre opgaver:

- 1. Hvordan man vil forhindre negativ livsstil i at opstå fremover*
- 2. Hvordan borgere der allerede har en negativ livsstil kommer af med denne*
- 3. Hvordan der etableres et rehabiliteringstilbud til borgere med kroniske følgesygdomme grundet i negativ livsstil, uden at det forhindrer løsningen af de to foregående opgaver*

Kommunalbestyrelsen stillede krav om, at udvalget sikrede balance, sammenhæng og helhed mellem de tre opgaver. For at optimere ressourcerne ønskede Sundhedsfremmeudvalget, at man fremover i stedet for at starte mange mindre og kortvarige projekter, blev bedre til at trække på samme hammel. Som udgangspunkt skulle folkesundhedsprojekter fremover indpasses i den overordnede strategi for at blive godkendt. For det andet var det også klart for Kommunalbestyrelsen, at det ikke ville være gratis og at en halvhjertet indsats ikke ville lede frem til målet. Man mente også, at en ren projektorganisation var mere proaktiv og bedre egnet til at skabe konkrete resultater. Derfor blev det i enighed vedtaget, at man over de næste ti år ville øremærke en årlig budgettramme på 1/2% af kommunens samlede budget til løbende udvikling og drift af en sundhedsfremmende projektorganisation. Bag denne beslutning lå naturligvis en række forudsætninger om, at projektet blev kvalitetsstyret, så der løbende kunne opretholdes en tillid til, at man i store træk ville nå de opstillede mål. Men vel vidende, at opstart, vedvarende udvikling og dokumentation af indsatsen var ressourcekrævende og ikke kunne dækkes af selv denne pæne bevilling, søgte man en særlig ministeriel udviklingspulje og fik et beløb svarende til halvdelen af egensatsningen over samme periode. Denne pulje skulle dog udelukkende gå til udvikling, forskningsstøtte, vidensdeling og evaluering, som kunne sikre størst mulig validitet og overførbare af virksomme resultater til andre kommuner. Endelig bidrog flere af de store patientorganisationer og fonde med lovnin om betydelige beløb til driftsudvikling, når en fagligt troværdig projektorganisation var etableret. Kommunernes Landsforening bidrog desuden med en femårig pulje, som så til gengæld udelukkende skulle anvendes til konkrete strukturelle initiativer med fokus på forandringskabelse i praksis.

Det er af afgørende betydning, at politikerne tør kommitte sig til en opgave, som der ikke er nogen garanti for vil lykkes, og som først begynder at give konkrete resultater efter en årrække. Denne type af komplekse organisatoriske forandringer kan slet ikke forudberegnes eller gentages i detaljer, men er forskellig fra gang til gang¹¹. Derfor må man have is i maven og tro på, at dét, der sættes i gang, nytter. Man skal samtidig passe på ikke at falde for fristelsen til at iværksætte 27 små hurtige projekter, som giver megen synlighed i begyndelsen, men alt for lille effekt i det lange løb. En anden afgørende beslutning er, at man tør satse stort nok og længe nok. Små kortvarige projekter er dog nødvendige for at løse konkrete opgaver, men kun så længe de understøtter den overordnede strategi. På den måde kan man godt få synlighed tidligt i forløbet. Blot skal det generelt handle mere om hvad der er gennemført, end om hvad der er planer om at gennemføre¹².

Man kan selvfølgelig altid diskutere, hvor mange penge sundhedsfremme skal koste. Men det vil være fejlagtigt at tro, at det er gratis at gennemføre radikale ændringer i sundhedstilstanden. Derfor kunne der være god økonomisk mening i at opbygge en integreret lokal sundhedsfremmeorganisati-

on, frem for at fortsætte som nu med en masse projekter, hvor erfaringerne forsvinder med projektmedarbejderne, når projektet er slut. Alene dét at starte et nyt projekt op og lukke det ned igen, kræver meget store ressourcer, og det går fra den opgave projektet er sat til at løse. Det vil man til dels undgå ved, at en fast projektorganisationen integreres i en lokal længerevarende strukturel opbygning. Omvendt må det også være sådan, at politikerne skal stå fast på, at det har konsekvenser, hvis ikke det sandsynliggøres, at man bevæger sig i den rigtige retning.

En meget vigtig pointe omkring de økonomiske vilkår er, at projektet *ikke* må finansiere drift af indsats, ud over hvad der er påkrævet for at udvikle dem¹³. Hvis de ikke kan integreres i den daglige økonomiske virkelighed, så vil de stoppe, lige så snart pengeposen er tom. Kun aktiviteter, der kan integreres i lokalsamfundet, fordi de virker, og fordi de kan betale sig i sig selv, må forventes at kunne overleve¹⁴. Man skal huske på, at møntfoden så ikke altid er i kroner. Jeg mener at det er en hyppig misforståelse og etisk diskutabelt, at der etableres så mange tilbud på baggrund af projektmidler, som ikke har skyggen af chance for finansiering, når projektet stopper. Bl.a. fordi det risikerer at fjerne lokale ressourcer fra mere sammenhængende indsats, der måske ville have bevirket en forskel i det lange løb.

Men der er et problem i at sammenlægge den tidlige og sene forebyggende indsats, og det er, at den rehabiliterende indsats økonomisk set er langt den tungeste og samtidig også den, som er vanskeligst at styre. Som *Nørre Jernvilje Kommune* har organiseret sig, ligger dette område under Sundhedsudvalget. I skrivende stund vil jeg foretrække, at det blev der, men at den metoderelaterede del af den forebyggende indsats lægges i Sundhedsfremmeudvalget. Samt at der struktureres en incitamentstruktur i form af en eller anden forpligtende binding mellem de to indfaldsvinkler. Fordelen ved at lægge dem i to forvaltninger er, at de ressourcer, der er øremærkede til udvikling af sundhedsfremmeaktiviteter, ikke spises op af drift til rehabilitering.

*Som det første skulle Sundhedsfremmeudvalget ansætte en faglig projektstab, og man gjorde det klart, at man ønskede, at gå nye veje for at få de bedste kapaciteter til at søge. Projektlederstillingen blev derfor slået op i alle de nordiske lande. Det lykkedes endvidere at få den karismatiske forhenværende redaktør for *British Medical Journal* til at være formand for ansættelsesudvalget og stå for sammensætningen af dette, da han syntes, der var tale om en meget interessant nytænkning i kommunens satsning. Sundhedsfremmeudvalget udpegede en forvaltningschef, som skulle assistere projektlederen med de politisk-administrative opgaver, så man undgik at denne blev holdt tilbage af bureaukratiske opgaver og kunne koncentrere sig fuldt om det opgaverelaterede arbejde. Og det var*

ikke hvem som helst der blev forvaltningschef, men Birthe Løvehjerte, der var kendt for sit engagements, sit store netværk, sin effektivitet og legendariske samarbejdsevne.

Projektlederen skulle sammen med forvaltningschefen løbende sørge for ansættelse af den øvrige stab og sikre aftaler om tilknytningen af kerneinteressenter. Kravet fra Sundhedsfremmeudvalget var, at staben udelukkende skulle arbejde med sundhedsfremmeprojektet, og at man fra starten inddrog de vigtigste interessenter, så de kunne få reel indflydelse og være med til at præge projektet fra den allertidligste fase. I perioder måtte man således påregne at skulle ansætte flere af interessenterne i projektet på deltidsbasis. Den faste projektstab skulle imidlertid sammensættes, så den sikrede hovedfokus på:

1. At facillitere praktisk forandring ude i virkeligheden
2. At etablere partnerskaber med vigtige lokale opinionsdannere og forandringsagenter
3. At kunne bistå med faglige kompetencer i at følge effekten af indsatsen
4. At etablere liason med den tværfaglige videnskabelige arbejdsgruppe

Det krævede mandsmod og kvindehjerte, at gå ud til befolkningen med denne satsning i en periode, hvor økonomien var stram, fordi opgaverne i forvejen var alt for mange, og da det stadig var uklart, hvad råderummet blev for den nye kommune. Men Nørre Jernvilje Kommune havde dette mod, og Kommunalbestyrelsen stod ved deres beslutning. Man forventede, at det først efter en femårig periode ville være muligt at se, om der var markante tegn og tillid til, at man ville få tilstrækkelig effekt på alle tre problemområder. Det blev derfor besluttet at give projektet overvåget ro så længe, før man ville konkludere på det videre forløb, ud fra en omfattende midtvejsevaluering. Det betød selvfølgelig ikke, at man ikke ville have styr på fremdriften i projektet, og det blev derfor krævet, at der skulle være en løbende orientering til Kommunalbestyrelsen, med kvartalsrapporter som krumtappen. Sundhedsfremmeudvalget skulle desuden stå for afholdelse af en årlig arbejdskonference, hvor politikere og primæraktører skulle mødes til drøftelse og afstemning af forventninger omkring det videre forløb.

Man må påregne, at der er store fagprofessionelle interesser forbundet med, hvem der skal drive på med disse opgaver. Er det læger og sygeplejersker, som hidtil har haft et stort ord at skulle have sagt på forebyggelsesområdet? Eller er det de akademiske folkesundhedsuddannelser, antropologer og kommunikationseksperterne, der også har oplagte kvalifikationer at byde ind med? Det mener jeg, hverken der kan eller skal være en fast aftale om. Derimod er der nok et behov for, at de fleste af dagens eksperter får tilegnet sig nogle andre og bredere kompetencer, hvis de fagligt skal kunne stå

i spidsen for en bred folkesundhedsindsats. Der er ingen tvivl om, at projektlederen skal have tilstrækkelig tværfaglig indsigt og erfaring til at kunne fremme et samarbejde mellem meget forskellige professioner.

Projektlederstillingen er en post, som er så vigtig for succes, at den skal besættes af den bedst kvalificerede. Og jeg kan kun anbefale, at er det ikke muligt umiddelbart at tiltrække kvalificerede projektledere, og for den sags skyld også de øvrige projektmedarbejdere, så må man hellere bruge mere tid på at skaffe dem, og se på hvordan stillingerne kan gøres attraktive, end at ansætte medarbejdere, som ikke er tilstrækkeligt kvalificerede. Eller i det mindste ikke med tilstrækkelig videreuddannelse har udsigt til at blive det indenfor en overskuelig tidshorisont. Derfor er det også klogt når *Nørre Jernvilje Kommune* stiler højt og skaffer sig international assistance, fordi det er med til at give prestige til jobbet og projektet.

Den anden strukturelle nykonstruktion er, at man ikke blot knytter en sekretær til projektlederen, men en garvet forvaltningschef, som kender sit lokalområde som sin egen lomme. Projektlederen skal være faglig og alt for mange projektledere har henslæbt størsteparten af deres funktion med allehånde administrative opgaver, som de ofte er åbenlyst uegnede til, og som dræner dem for den kreative energi, de er ansat til at udøve. Også i ansættelsesmetoden og organisationsopbygningen er strukturel nytænkning nødvendig, og det er jo ikke fordi det burde være umuligt. *Nørre Jernvilje Kommune* er blot opfindsom og forsøger at optimere chancen for at få mere valuta for pengene.

Som det tredje er det altafgørende for projektet, at nøgleinteressenterne inddrages fra starten og er med til at formulere projektets mål, formål, leverancer osv. Det er vigtigt at projektets interessenter ikke bliver gidsler i en på forhånd formuleret opgave, som de i virkeligheden ikke har nogen reel indflydelse på, og aldrig vil få et ejerskab til. Selvfølgelig ligger der en overordnet dagsorden om at forbedre sundheden. Men pointen er, at netop kun ved at inddrage og skabe partnerskaber mellem interessenter fra det lokale miljø, vil det være muligt at finde ud af, *hvad* der skal til, for at borgeren motiveres til at forblive i eller overgå til en sund livsstil^{15:16}.

Kvalitetssikring er en af de store nyskabelser i sundhedsvæsenet, med Den Danske kvalitetsmodel som ordførende¹⁷. Men man skal passe på, at den kvalitetsstyring som lægges ned over projektet ikke kommer til at koste så mange ressourcer, at det spiser projektet op. Kvalitetsstyringen skal handle om pragmatisk systematisering af sund fornuft: at man lægger nogle fornuftige indikatorer og milepæle ud, som man følger op på, og som Kommunalbestyrelsen kan evaluere på og drage

konsekvens af. At man med andre ord sørger for en løbende evaluering, som kan bruges til at justere kursen efter. Strukturelt set er det fordel at binde en projekt- og kvalitetskultur sammen, da de traditionelt har meget til fælles¹⁸⁻²¹.

Sundhedsfremmeudvalget holder tre endagsseminarer med projektlederen og forvaltningschefen, hvor de store retningslinier fastlægges. Det var helt befriende, at få tid til at drøfte emner, hvor der var højt til loftet, og hvor drømme kunne forenes med krav om, at det skal være muligt at realisere dem – med den usikkerhed der ligger i at se ti år ud i fremtiden. Ingen tvivl om, at det skabte et uvurderligt fundament for det fremtidige samarbejde. Seminaret førte bl.a. til at Sundhedsfremmeudvalget ønskede, at der blev etableret kommunale folkeråd, som skal overvåge og bistå med gode råd til, hvordan man får en reel inddragelse af borgerne i alle faser af projektet. Repræsentanterne i folkerådene skal være velanskrevne borgere, som vil få betydelige beføjelser i en rolle som kombineret ombudsmands og sparringpartner. De har f.eks. ret til på ethvert tidspunkt, at se alle ikke personfølsomme informationer i projektet, og de har også pligt til at påpege, hvis integrationen af relevante interessenter ikke sker. De skal endvidere være i løbende kontakt til projektstaben og har regelmæssige møder med Sundhedsfremmeudvalget.

Endnu et udkomme af seminaret var, at Sundhedsfremmeudvalget tiltrådte en anbefaling fra projektlederen om, at man aktivt opsøgte universiteter i ind- og udland for, at få dem til at forske i projektet fra starten. Og at man allerede nu ville søge fondsmidler til disse forskningsaktiviteter. Her viste det sig, at den internationale satsning, man havde gjort i forbindelse med ansættelsesproceduren, var til uvurderlig nytte, da den engelske formand for ansættelsesudvalget allerede havde taget kontakt til flere internationale forskere for, at få gjort dem interesserede i projektet. Og flere af de nordiske forskningsinstitutioner var allerede positive, efter at de havde set stillingsopslaget. Men netop fordi der i den statslige bevilling var knyttet betingelser om dokumentation og forskning, var det muligt relativt hurtigt at etablere en international forskergruppe, som også ville søge EU-midler og midler fra deres forskningsinstitutioner. Tiden viste, at dette kun lykkedes delvist, men nok til, at der hurtigt kunne nedsættes en tværfaglig og international forskergruppe, som fulgte projektet gennem hele perioden. I sidste halvdel af projektperioden fik institutionerne opbygget en fælles strategi, der gjorde det attraktivt for speciale- og PhD-studerende, at arbejde på en fortløbende forskningsføljeton.

Det kan sikkert synes banalt og strukturelt irrelevant, men erfaringer viser, at mødet mellem praktiskere og politikere er særdeles nyttigt, idet begge parter vil have meget at vinde ved løbende at udveksle tanker og erfaringer, idet man i højere grad respekterer hinandens behov. Meget taler således for, at den primære grund til at komplekse projekter kommer godt i havn forudsætter tilstedeværel-

sen af en løbende systematisk reflektiv proces mellem partnerne, fordi det er her, de vigtigste beslutninger tages²²⁻²⁵. I casen er der tale om, at man direkte holder jævnlige seminarer og, som før nævnt, at Sundhedsfremmeudvalget holder et årligt seminar, hvor hele Kommunalbestyrelsen deltager.

Inspireret af de positive erfaringer med folkeråd i det britiske sundhedsvæsen²⁶, er tanken om en lokal vagthund og inspirator spændende. Jeg tror det kan være forfriskende og meget nyttigt at få en tredjepart ind, som har tilstrækkelig pondus og rummelighed til at være en slags assisterende reb-slager, blandt de mange tovholdere. Medlemmer af et folkeråd kan være med til at give yderligere legitimitet til projektet, og frem for alt til at samle parterne om at løse opgaven, hvis der går for megen sekterisk fnidder i projektet. Akilleshælen er, hvis medlemmerne ikke har det erfaringsmæssige og mentale overskud til at bidrage konstruktivt til processen, men i stedet vælger at fungere som kontrollanter. Jeg finder dog ideen positivt provokerende, og man burde klart samarbejde med PPI i England og få dem til at hjælpe med udvælgelse og uddannelse af folkerådsrepræsentanterne, og gå med i en coaching af processen^{26;27}. Jeg tror det kunne bringe et nyt pust ind i en proces, der jo netop handler om, hvordan vi kan løsrive os fra traditioner med at ”sådan plejer vi at gøre”. Opgaven taget i betragtning, er dét her heller ikke en strukturel institution, som koster en bondegård at etablere. Men den kunne måske betyde at vi får en proprietærgård tilbage?

Med en så stor og langsigtet satsning vil det være oplagt, at forskere fandt interesse i at kaste sig over projektet. Ja det ville være direkte uansvarligt, hvis ikke der blev knyttet forskning an til at følge og hjælpe projektet. Udfordringen er at etablere en tværfaglig forskningsplatform²⁸. Her er tankerne bag den såkaldte Mixed Method Research overordentlig relevant²⁹. De siger, at man ikke blot skal udnytte parallelforskning mellem forskellige traditioner undervejs i et projekt, men at man fra starten og gennem hele projektet konstant skal påvirke hinandens forskningsforløb, og bruge inputs fra de forskellige felter til at bringe sit eget felt videre. Jeg mener ikke, at denne integrerede måde at arbejde på hidtil har vundet tilstrækkelig indpas i den danske (folke-)sundhedsforskning. En af forklaringerne kan være, at det som udgangspunkt er voldsomt svært at arbejde reflektivt³⁰ tværfagligt og, at tværfaglig forskning på det personlige plan ofte kan være karriereobstruerende, fordi det er meget hurtigere at producere monofaglige resultater. Derfor er det også nærmest et krav, at det er seniorforskere²³, som kaster sig over dette felt, hvis vi skal kunne bruge det til seriøst at bringe sundhedsfremmeindsatsen ud af sit dødvande. Men nu har *Nørre Jernvilje Kommune* i det mindste sat et virkelighedsprojekt i søen, og så må man håbe at forskerne kender deres besøgstid. Hvis de bevilligende instanser ligeledes vedkender sig deres ansvar og tør satse, så er jeg ikke i

tvivl om, at vi ville kunne lave en helt ny type forskning på meget højt internationalt niveau. Men da forskningen kræver samling af særlige ekspertiser fra flere forskellige områder³¹⁻³⁸, og fordi de skal lære at arbejde sammen og udnytte hinandens viden, så der kan dannes en faglig synergi, er det noget som tager lang tid. Erfaringer fra andre tværfaglige forandringsprocesser tyder på, at det tager mindst tre-fire år før man reelt begynder at uddrage nytten af den tværfaglige dimension^{28;39}. Den anden og nok så vigtige dimension er, at der opstår et dynamisk samarbejde mellem teori og den praksis, som projektet skal ændre på. Også kaldet virkeligheden. Her har aktionsforskningsmetoden vist sig at være nyttig, da den har som mål at etablere et demokratisk projektpartnerskab mellem teoretikere og praktikere om, at skabe sociale forbedringer ude i den virkelige virkelighed, i skala 1:1.

Jeg vil nu forsøge at blive mere konkret i min eksemplificering og indsnævre casen til, at vise hvordan jeg kunne forestille mig at strukturere indsatsen på institutions- og skoleområdet⁴⁰⁻⁴². De bagvedliggende *principper* for hvordan man kan formulere strukturer, der facilliterer handling, er dog umiddelbart overførbare til de to andre problemfelter. I stedet for at se på en enkelt livsstil, vil jeg se på hvordan, man kan arbejde med hele det brede sundhedsbegreb, da metoderne til at skabe forandring, ofte vil være de samme. F.eks. mener jeg at den voldsomme stigmatisering af overvægtige er nok den største barriere for at gøre noget effektivt ved problemet. Ved at anlægge en bred sundhedstilgang bliver det forhåbentlig også lettere at træffe flere lette valg. Børne-unge området er centralt fordi det handler om, at kampen først er vundet, når vi kan forhindre negativ livsstil i at opstå. Desuden er det et område, hvor Danmark allerede har megen erfaring at bygge videre på, f.eks. fra deltagelse i internationale projekter WHO's sundhedsfremmende skoler⁴³ og HBSC^{44;45}, fra nationale undersøgelser^{46;47} og de tusinder af lokale projekter⁴⁸⁻⁵⁰, som vil kunne bidrage til at skabe den efterspurgte helhed.

Projektgruppen fik overbevist Sundhedsfremmeudvalget om, at det er en fordel, hvis man koncentrerede udviklingen på få spydspidsenheder, der så til gengæld ville få de nødvendige ressourcer. Det var i begyndelsen svært at overbevise udvalget, der mente at alle skoler og institutioner i hele kommunen skulle nyde lige godt af indsatsen fra starten. Projektlederen pegede på at det så ville være umuligt at tage ordentligt fat om helheden i problemerne, hvorved man ikke ville få iværksat tilstrækkeligt mange tiltag og involveret de mange nøglepersoner, som er nødvendige for at skabe varig forandring. For det andet ville man komme til at sætte for mange ting i gang, som ikke virker, bl.a. fordi fokus ville være på igangsættelse og ikke på effekt. Meningen med den nye strategi skulle være, at det er de udvalgte nøglepersoner, der i fremtiden skal stå for spredning af de strukturer og

aktiviteter, der har vist sig nyttige i praksis. Det vil også give større troværdighed når spredning sker mellem ligemænd. Projektgruppens opgave fokuseres derfor primært på, at understøtte spydspidsenhederne og hjælpe til med, at de store linier i kommunens strategi hele tiden er optimeret.

Projektgruppen besluttede at en spydspidsenhed skulle dække perioden i et barns liv fra fødsel til det forlader folkeskolen. Kernen i spydspidsenheden skulle være en skole med tilhørende institutioner, vuggestue, børnehave, SFO, klub, idræts- og børnekulturfaciliteter, samt sundhedspleje og de praktiserende læger. Målet er at skabe kontinuitet og helhed i indsatsen. Man ønskede at starte op med to enheder, hvor den ene skulle ligge i et mindre lokalsamfund, som lukkede sig om de nævnte institutionelle strukturer. Den anden enhed skulle så ligge i kommunens største by Kragely, der havde tre skoler, og hvor der naturligt ville være mere uklare grænseflader mellem delelementerne.

Kommunen bød deltagelse ud i åben konkurrence, hvor alle kunne melde sig til, hvis blot de fandt sammen i en logisk enhed. Der kom bare ikke én eneste interessetilkendegivelse, og det førte til krisemøde i Kommunalbestyrelsen. Flere af medlemmerne fremsatte forslag om, at fyre projektlederen, der jo helt tydeligt havde vist at akademisere projektet, så det ikke havde en jordisk chance for at fungere i Nørre Jernvilje. Men forvaltningschefen og formanden for Sundhedsfremmeudvalget fik argumenteret for, at alternativet med at starte tusinde forskellige projekter jo heller ikke ville virke. Men det var helt tydeligt, at der var slået skår i den politiske enighed, og det stillede krav til projektet om hurtigt at få luft under vingerne og genetablere troværdigheden til projektet. Derfor besluttede borgmesteren, at Sundhedsfremmeudvalget meget hurtigt skulle komme med forslag til en incitamentpakke, der kunne skabe den nødvendige interesse for projektet.

Blot en uge senere forelå denne pakke, der bl.a. lovede delvist frikøb og kommunalt finansieret kompetenceudvikling for op til ti institutionelle nøglepersoner og yderligere muligheder for støtte til lokale kernepersoners deltagelse. Til dette hurtigt arbejdende udvalg havde man valgt at inddrage to institutions- og skoleledere, samt et par tillidsfolk. Og det viste sig at være klogt, da de bidrog med mange nye konstruktive vinkler. Forslaget slog på nødvendigheden af faglig prestige, og tilbød at hver enhed ville få mulighed for, at to pædagoger/lærere kunne tage en diplom/bachelor uddannelse på Danmarks Pædagogiske Universitet. Som i mellemtiden havde indgået en aftale med projektet om, at bidrage til udviklingen af de pædagogiske værktøjer, som skulle gøre det muligt at integrere sundhed i institutionernes virksomhedsplaner. I forslaget var der yderligere specificeret en række ideer til, hvordan man kunne øge interessen for at melde sig. Bl.a. at projektgruppen skulle yde støtte til at udarbejde interessetilkendegivelser. Og det virkede. Således meldte der sig fem enheder,

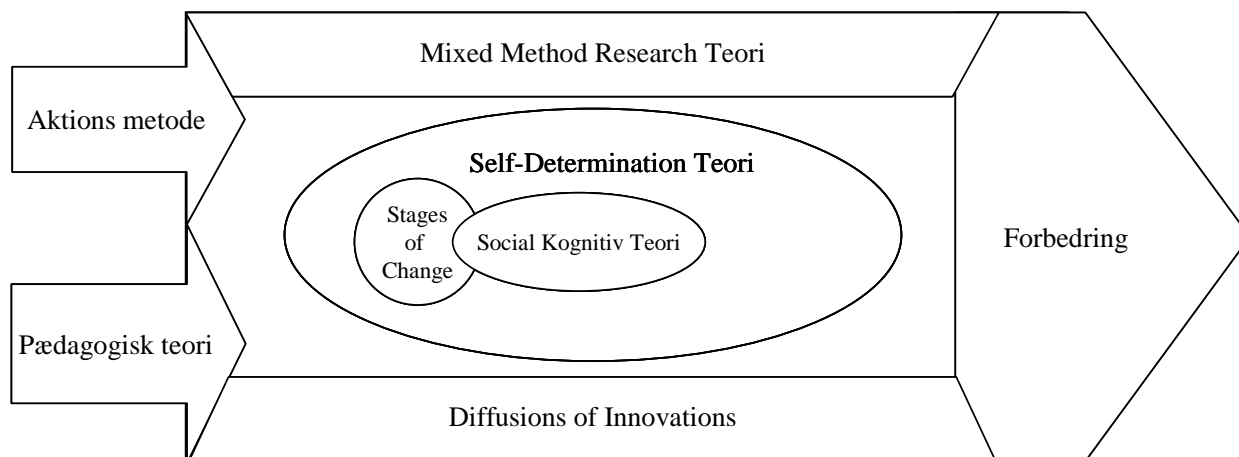
hvoraf to var fra Kragely. De blev indkaldt til et fælles endags seminar, og på denne baggrund udvalgte tre konsortier, som man ville arbejde videre med. I den endelige model valgtes en lokal enhed fra Bakkedal, et landsbysamfund med ca. 800 familier. Fra Kragely etableredes et konsortium bestående af en række offentlige institutioner og en privatskole. Det tredje konsortium tilbød sig som sparringspartner, og var meget interesseret i at være de første til at tage fra når erfaringerne skulle spredes ud i resten af kommunen.

Nu kunne man gå i gang med den meget vanskelige proces at udvælge de første nøglepersoner. Hvem skulle være med? Hvem ville være med? Nogle var det næsten umuligt at komme udenom, hvis projektet skulle lykkes. Hvordan ville man overtale dem til at deltage? At finde de rette var en opgave, hvor de lokale enhedsrepræsentanter, sammen med politikerne, måtte spille hovedrollen. Profilen på en nøgleperson skulle være en person med indflydelse. En som der blev lyttet til, og som var en kreativ holdspiller med et stort engagement. Der skulle være ledere og menige, men de skulle samtidig repræsentere de vigtigste interessenter, uden at gruppen blev for stor. Og man besluttede, at det i første omgang var blandt børnene selv, forældre, pædagoger og ledere at nøglepersonerne skulle findes.

Man har en tilbøjelighed til at glemme, at opstartsfasen er en meget lang periode, hvor der ikke kommer ret mange synlige resultater³⁹. Men det er måske projektets vigtigste fase, og spilles kortene rigtigt, er det oplagt mulighedernes legeplads, hvor man som projektleder har allermost indflydelse på, hvad der skal laves i projektet. Som det fremgår af casen, er det afgørende, at der ansættes en meget erfaren projektleder, som forstår at holde parterne fast på det lange træk, samtidig med, at der er synlighed på den korte bane. Etablering af lokale enheder med tilhørende nøglepersoner er et eksempel på det sidste.

Ved sammensætningen af grupperne er der en fare for at man suboptimerer, hvis man blot tager de klogeste mennesker og sætter dem sammen i et rum. Man har faktisk påvist, at de bedste grupper er dem, som kombinerer kloge og knap så kloge mennesker. Årsagen er at de kloge ligner hinanden for meget i deres arbejdsmetoder, hvor de lidt mindre kvikke ofte har en lidt anden tilgang og viden, som derfor øger gruppens samlede intelligens. Det som gør en gruppe klogere end dets klogeste medlem - er variation⁵¹.

Teoretiske og empiriske erfaringer taler endvidere stærkt for, at man danner partnerskaber med opinionsdannerne indenfor de vigtigste interessentgrupper. Kan man få dem til at trække i samme retning, er man allerede nået ganske langt. Det viser også hvor vigtigt det er, at projektet får en teoretisk forankring fra starten, når man skal opbygge nye strukturer, der let skal kunne integreres i samfundets øvrige strukturer.



Figuren viser et forslag til en tværfaglig nuanceret teoretisk ramme. Overordnet satses der på en blandet metodologisk tilgang, hvor kvantitative og kvalitative metoder indgår i et gensidigt inspirerende forhold allerede fra ide- og designfasen. Arbejdshypoteserne for forandringer grundlægges i kommunikationsteorier, hvor antagelsen er, at en individuel forandring kræver at personen erkender, at der er et problem, som man ser en fordel af at gøre noget ved (stages of change)^{52;53}. Imidlertid sker forandringer ikke i et tomrum, men i en social sammenhæng. Bl.a. sker normdannelse og værdigrundlag i en sådan vekselvirkning. Og netop børns normer fastlægges, i et nært samspil med familien og institutioner, meget tidligt i livet og er stort set på plads, før de starter i skolen. Hvorimod værdigrundlaget er påvirkeligt i hele barndommen. Men i teenage-alderen spiller den unge selv den største rolle. Derfor er den social-kognitive teori⁵⁴ interessant, fordi udviklingen af individets forventninger til egne evner er afgørende for dets handlekompetence. Begge disse teorier er dog stærkt individorienterede, og jeg synes derfor, at der er en fordel at indlejre dem i selvbestemmelses-teorien^{55;56}, der ud fra tre iboende basale psykosociale behov (relation, kompetencer og autonomi) ser på samspillet mellem individ og omgivelser for opnåelse af indre motivation for forandring. Uden denne indre motivation og uden autonomi, kan der ikke ske varige ændringer. Og her har vi én af de helt centrale og samtidig overraskende pointer: vi ved forbausende lidt om, hvad der vil motivere børn og unge til at fastholde sund livsstil og fravælge usund livsstil. Derimod ved vi at

kampagner stort set ikke virker på denne målgruppe, og at overføring af voksenmodeller heller ikke virker, da de i øvrigt også handler mere om hvordan man kommer af med dårlig livsstil, frem for hvordan man undgår at starte på den. Børn og unge gider ikke spise gulerødder eller gå en tur, fordi det er sundt. Endelig er fokus på, at man skal leve sundt for at undgå kronisk sygdom om 40-50 år, heller ikke nogen særlig gangbar salgsmetode for børn. En af forklaringerne kunne være, at børn og unge stort set ikke hidtil har været inddraget i nationens formulering af ”projekt livsstil”. Det mener jeg, der skal laves om på, så børn og unge bliver ægte og ligeværdige partnere i den del af sundhedsfremmearbejdet, som drejer sig om dem. Så må det være de voksnes ansvar, at strukturere samarbejdet og formen.. Det er en central udfordring, som man er nødt til at tage op.

Et interessant eksempel på inddragelse af børn og unge, ses i The Gifted and Talented projektet i England⁵⁷, hvor man inddrager de stærke børn og deres forældre, og gør dem det klart, hvor stor en betydning de har for klassens og gruppens trivsel og udvikling. De får at vide, at de har et ansvar, som skal udmøntes i konkrete politikker og handlinger. Det har ført mange spændende forandringer med sig, og en af dem er, at der kan være store gevinster at hente både på det socialt/sundhedsmæssige og det læringsmæssige område. Man kan sige, at hvor vi i Danmark har været gode til at skubbe på de særlig udsatte, har englænderne et seriøst bud på, at der også ligger nogle kæmpe ressourcer ved at inddrage de bedste elever til at trække med. Og det er interessant når vi fra danske undersøgelser ved, at vælger unge opinionsdannere en dårlig livsstil, så trækker de rigtig mange med sig. Det samme gælder imidlertid også, når de foretager de sunde valg. Så jeg tror, det vil være klogt, at inddrage de stærke elever og deres forældre, som nøglepersoner i projektet.

Tilbage til figuren, hvor diffusion af innovationer⁵⁸ er den eneste kommunikationsteori, der handler om, hvordan man kan sprede forandringer fra en gruppe til en anden. Det er her, vi præsenteres for forandringsagenter og betydningen af at anvende opinionsdannere. Fordelen for vores sundhedsfremmeprojekt er, at man ikke behøver at overbevise størstedelen af borgerne om det sunde liv, før der sker noget. Hvis man i *Nørre Jernvilje Kommune* satser målrettet på at få de rigtige 50-100 med på vognen, så begynder den næsten at køre af sig selv.

Pædagogiske teorier må nødvendigvis også inddrages, hvis det skal lykkes at integrere sundhed som en naturlig del af læringsmiljøet, og ikke som noget der påklistres når man er til læge, sundhedsplejerske eller skolelæge. Det er jo lige præcis derfor, man har så svært ved at foretage sunde valg, hvis det hver gang handler om, at man skal stoppe op og tænke: ”Hov, nu må jeg vist hellere være sund.” Her ligger der en kæmpe udfordring for lærere og pædagoger, og det er efter min opfattelse i høj grad strukturelle forhold, der vil være afgørende for, om man vil kunne opnå denne integration:

På Bramfri skole i Kragely tog matematiklæreren imod tilbuddet om en videreuddannelse på halv tid, da hun længe havde været interesseret i at arbejde mere med at omsætte de sundhedsmæssige aspekter til integreret læring. Det kunne være færdigheder i forbindelse med etablering af en sundhedsovervågning på skolen, biologi, praktiske færdigheder omkring fødevarer (f.eks. valgte læreren senere at stå i spidsen for en nyudviklet pædagogisk kantinemodel), samarbejde med idrætslæreren om fysisk aktivitet, og med de sproglige fag når der skulle søges, læses, skrives og forstås. Skolens ledelse fandt, at det var muligt at sammensætte et team af særlig interesserede lærere, som ville prøve at lave en helhedsmodel om "læring for livet", som bl.a. skulle bygge videre på de erfaringer, som matematiklæreren drog af sin videreuddannelse. Skolen valgte altså en anden struktur, for at kunne køre et projekt fra en førsteklasse op gennem hele skolen. Det var da også positivt, at elevrådsformanden bad om at få lov til at indgå i teamet. For at give denne post et løft, blev der tale om at skolen gav ham funktionen som et lønnet job på fem timer om ugen. Teamet fik vide rammer for hvordan det ville gribe projektet an, men skulle selvfølgelig leve op til de generelle krav for undervisningen. Det var en større opgave at overbevise alle forældrene om, at det var en god ide. Mange af dem mente, at der nu var kommet styr på undervisningen, når man med tilbagevendende tests kunne følge sit eget barns faglige udvikling. Teamet og skolelederen argumenterede for, at forsøget ikke ville give køb på fagligheden, men at man egentlig forventede, at der ville komme generelt mere handlekompetente elever ud af projektforløbet. Man fandt det overordentlig positivt, da to af de mest motiverede forældre spurgte, om de kunne deltage i den del af teamets arbejde, der handlede om struktur og skole-hjem samarbejdet. Det var især nyttigt, at den ene forælder i forvejen sad i skolebestyrelsen.

Det ses at de strukturer, som kommer til at være afgørende for, om en proces kan køre, ikke behøver at være specielt vanskelige at etablere, da der netop er tale om forsøgsvirksomhed, og man derfor ikke i første omgang skal bygge en helt ny struktur op for alle skoler og institutioner. Det handler mere om at *tænke* i nye strukturer, og fra kommunen få den overordnede struktur, der favoriserer, at man prøver noget nyt. Her spiller den struktur, som stilles til rådighed for skolen i form af kommunens Sundhedsfremmeudvalg og projektet, en vigtig rolle, fordi den kan hjælpe med til, at løse meget af det organisatoriske bøvvl der altid er, når man vil starte noget nyt.

Aktionsmetoden handler om, hvordan man i praksis bedst gennemfører forandringer, og holder regnskab med, om man opnår den ønskede forbedring. Det er måske væsentligt at nævne, at her ligger der erfaringsmæssigt nogle ømme tæer, da det jo kan være svært i gængs naturvidenskabelig forstand, at måle om forandringer nu også skyldes den indsats, som man har iværksat, eller noget helt andet. Her får de forskellige videnskabelige paradigmer mulighed for at lufte deres særkende,

og ofte ender det i futile diskussioner, om kvalitativ metode nu er bedre end kvantitativ, eller er det nu omvendt? Jeg kan fuldt tilslutte mig de forskere, der advokerer for, at man i stedet for at se på forskelle, hellere skulle se på ligheder mellem forebyggelse og sundhedsfremmemetoder⁵⁹. Og så kunne man samtidig arbejde med hvordan, der skabes større sammenhæng og mere kontinuitet af indsatsen gennem hele livet. Evaluering af aktionsbaserede folkesundhedsprojekter handler om, at vi er nødt til at anvende flere metoder for at kunne måle det, vi ønsker at måle. Og det uanset om man ønsker at vise, om specifikke indsatser har virket, eller om de sammensatte processer er årsag til at vi når målet. Her anvender både den blandede metode og aktionsmetoden komplekse evalueringsmetoder, programevaluering o.l.^{23;60-65}.

I Kragely sad Ottosen, der var chef for byens største advokatfirma. Efter en hyggelig middag hjemme hos borgmesteren, hvor man havde diskuteret sundhedsfremmeprojektet, fik han lyst til at melde sig som folkerådsrepræsentant og bistå med at opbygge organisationen. Det var lidt af et scoop, da Ottosen var respekteret for sin upartiskhed og dygtighed i næsten alle kredse. Men han var også kendt for at gå alternative veje, som dengang han fik egnsteatret til at slå sig ned i Kragely ved at gifte sig med teaterdirektøren Sofie Holmgang. Nu havde han fået en ny ide om at spørge det juridiske fakultet ved universitet i København, om de kunne tænke sig at følge sundhedsfremmeprojektet og bruge det som et løbende specialeobjekt over de næste fem år. Ideen var, at man skulle lade de næsten færdige jurister afholde en retssag hvert halve år for, at se om der i juridisk forstand ville være indicier for om projektet rykkede. Der skulle føres specialistvidner og Kommunalbestyrelsen skulle være nævningeting. Og så fik han oven i købet DR-2 til at lave en feature på det, hvor de ville følge forberedelserne og selve retssagerne

Her ser man et eksempel på, at en enkelt person kan få meget stor indflydelse på forløbet. Hvilket ikke er udtryk for slatten struktur, men jo lige netop er dét, som en kreativ struktur skal befordre⁶⁶. Her vil jeg påstå, at en meget formel detailstyret struktur ville have dræbt al kreativitet og holdt Ottosen hjemme. Især for et langvarigt projekt er det vigtigt, at der etableres et kæmpe rum for løbende improvisation, fordi den verden, vi ønsker at påvirke, ændrer sig meget på ti år.

Tidsfaktoren begynder nu at blive meget synlig, og der er ved at være gået lang tid siden beslutningen om at etablere projektet blev taget. Det meste af tiden er gået med organisering og opbygning af struktur. Men sådan er det, og i *Nørre Jernvilje Kommune* er der skabt så meget engagement og troværdighed, at man nu begynder at kunne ane konturen af de forandringer, som vil komme med projektet. Men der er ingen tvivl om, at alle har arbejdet til neglene blødte og at en væsentlig forud-

sætning for at man er så langt, er det inkluderende partnerskab med reel indflydelse i hele processen. Nogle vil måske indvende, at forældrene hidtil har spillet en alt for afdæmpet rolle, men de er bl.a. med i de lokale team, som nøglepersoner og de skal nok komme mere med i fremtiden.

De børneinstitutioner, der hører til i Bakkedal, besluttede sig på et fællesmøde, arrangeret af projektgruppen, for et samarbejde med sundhedsplejerskerne, som kender alle børnefamilierne ganske godt, om at finde ud af, hvordan man kunne blive bedre til at arbejde med sundhed og trivsel. Især fordi normerne fastlægges i det tidlige liv, mente man, at det er vigtigt, at der kan etableres et befordrende samarbejde med forældre. Og at de, der har særlige behov, hurtigere kan inddrages fordi det betyder, at man ville kunne reagere på et lavere niveau og derved undgå stigmatisering. Derfor udviklede man og afholdt lokale kurser i partnerbaseret kompetenceudvikling.

I de seneste år har der været meget fokus på at øge indsatsen for de særligt udsatte børn og familier. Jeg mener, det er vigtigt, at vi ikke yderligere stigmatiserer risikobørnene ved også på sundhedsområdet at putte dem ind i en særlig kasse. Vi skal sørge for, at den særlige indsats på sundhedsområdet handler om, hvordan vi får muliggjort, at de hurtigt bliver i stand til at deltage i de generelle tilbud, som gælder for alle de andre børn. Vi får jo ikke særligt udsatte børn, fra f.eks. misbrugsfamilier, til at tabe sig i vægt og spise sundt, uden at de bagvedliggende problemer er løst først. Med mindre børnene kan vinde selvrespekt ved at gøre det sammen med andre børn! Og heldigvis er det jo sådan, at selvom børn fra særligt udsatte familier har en øget risiko for et belastet liv, så vil otte ud af ti klare sig godt.

Den første arbejdskonference, som Sundhedsfremmeudvalget afholdt, blev et weekendseminar hvor både Kommunalbestyrelsen, projektgruppen, de to projektenheder, det tredje konsortium, folkerådsrepræsentanterne (der var nu tre), de eksterne forskere og studerende deltog. Forinden havde Sundhedsfremmeudvalget og projektlederen arbejdet tæt sammen med deltagerne, så alle kunne forberede sig på at være konkret konstruktive. Seminaret blev holdt i Kragely Teater, som i den forbindelse viste deres erfaringer med, at arbejde med fremme af selvtillid blandt overvægtige unge. Og det kan nok være, at de unge, som optrådte, havde noget på hjerte. Faktisk så meget at de to mest engagerede af dem, sammen med teatrets leder, takkede ja til at deltage i resten af seminaret. Det oplevede man som et godt eksempel på den dynamiske struktur.

Politikerne havde fået til opgave at udarbejde forslag til sammenhængende politikker for mad, motion og trivsel på kommunens institutioner. Disse skulle så efterfølgende udarbejde konkrete handleplaner. Projektgruppen skulle være teknisk-praktiske vejledere på denne del. Men for de to projekt-

enheder var det ramme alvor. De skulle have en konkret plan med hjem, som man skulle sætte i værk i løbet af det næste halve år. Ellers mente politikerne ikke, at var der nogen mening med at være spydspids, når man nu fik så mange fordele ved det. Og den sad! Men det betød også at klimaet: "havde været åbent, ærligt og ekstraordinært kreativt", som der stod på forsiden af JernviljePosten. Frydenbjergskolen i Bakkedal og Bramfri skole i Kragely skulle med tilhørende institutioner binde sig til at udvikle/konkretisere Kommunalbestyrelsens politik om mad og motion. Det betød at de to enheder enedes om at arbejde sammen om at lave et pædagogisk forankret tilbud om mad i skolen. Her indgik det tidligere nævnte kantineprojekt som pilotprojekt. Som forvaltningschefen sagde, så handler det om, at vi godt ved, at det ikke har nogen særlig stor sundhedsfremmende effekt, at få leveret mad fra et økologisk cateringfirma, hvis ikke eleverne selv er med i tilblivelsesprocessen. Kantineprojektet er derfor forankret i den overordnede pædagogiske udviklingsproces. Der blev også arbejdet med, at omlægge uge 41, motionsugen, til at der i stedet skulle laves et kvarters fælles motion hver dag gennem hele det næste skoleår. Her var det til inspiration at en af kommunens privatskoler havde haft stor succes med fælles motion en time hver dag. Man mente, at det kunne betale sig, fordi indlæringen blev bedre, når eleverne først havde løbet eller gået. Frydenbjergskolen havde problemer med, at de store elever ikke havde fået morgenmad og altid var trætte og uoplagte, når de mødte kl. 8. Nu ved man fra undersøgelser og mange forældres erfaringer, at unges døgnrytme flytter sig, så de først fungerer nogenlunde normalt efter kl. 10. Og det er ikke kun, fordi de kommer for sent i seng, siger videnskaben. Derfor ville man prøve at flytte mødetiden til kl. 10 og starte med fælles morgenmad og motion. Da eleverne fagligt lå på niveau med eleverne fra Bramfri skolen, ville man sammenligne præstationer og en række trivselsmålinger i løbet af projektet, og lave en fælles emneuge hvor eleverne fra de to skoler skulle bearbejde materialet og diskutere, hvad man kunne bruge det til.

Som et andet konkret resultat af seminaret blev det besluttet, at projektet skulle tilrettelægge udviklingen og iværksættelsen af alderstilpassede sundhedsprofiler. Der var vigtigt, at elever og lærere selv var med i hele procesforløbet, og at man prioriterede at skabe mest muligt lokalt ejerskab. Formålet var, at man i løbet af det første år skulle få en profil af alle elever og lærere på begge projektskoler. Og at man forpligtede sig til at bruge resultaterne til at sætte mål for konkrete forbedringer. Den pædagogiske integration af de efterfølgende forandringsprocesser betød bl.a., at eleverne skulle lære at beherske en simpel kvalitetsstyring af, hvordan man kan sikre sig, at de opsatte mål nås. Projektskolerne forpligtede sig endvidere til at etablere et samarbejde med børnehaver og vuggestuer, om hvordan de kunne støtte op om handleplanerne for deres årgange. Her skulle de store skoleelever atter være med i form af en dobbelt projektuge. Lederne fra småbørnsinstitutionerne pegede også på, at der var et kæmpe behov for et kompetenceløft på det sundhedsmæssige område for deres

medarbejdere. Det blev hørt, men da man ikke kunne finde ekstramidler til kurser for medarbejderne, tilbød projektgruppen at gå ind med et internt kursus, som skulle løbe hen over det næste år. Det ville være meget praksisrettet, og så ville det resultere i et diplom til deltagerne. En anden grund til, at det kunne lade sig gøre, var at man netop havde ansat en børnediætist i projektet.

Formanden for Handelsstandsforeningen var blevet bedt om at møde op, fordi man ønskede at undersøge mulighederne for at få et samarbejde om mad og etiske retningslinier for aktiviteter, hvor de unge deltog. Det var noget af en udfordring, men det viste sig, at hvis de lokale fødevareforretninger kunne få fælles rådgivning fra projektet, ville de gerne deltage i et kantineprojekt. Forsøget med at få grillen og tanken til at servere sunde madvarer i skoletiden slog derimod fejl, da de ikke mente at byens voksne befolkning og lastbilchauffører ville acceptere dette. De havde brug for et kalorie- rigt måltid, og det havde man altid været leveringsdygtig i begge steder. Seminaret valgte at parkere denne udfordring i den del af projektgruppen, som arbejdede med sundhedsfremme for voksne. Det blev dog besluttet, at den lokale handelsstandsrepræsentant skulle forsøge at gå i dialog de to forretningsdrivende. Og elevrådsrepræsentanterne fra de to teams tilbød selv, at komme med gode ideer til ejerne, om hvordan man også ville kunne spille en positiv rolle i det sundhedsfremmende lokalmiljø.

Endelig foreslog folkerådsformand Ottesen, at der blev nedsat en permanent gruppe under Sundhedsfremmeudvalget, som skulle arbejde med udviklingen af en dynamisk incitamentstruktur.

Jeg vil mene at det burde være muligt at etablere et så omfattende projekt i løbet af 1-1½ år. Der er jo ikke tale om strukturelle omlægninger, der er uladsiggørige. Tværtimod er det de små åbninger, som jeg tror, kan gøre en forskel: den politiske vilje og modighed, det fagligt kreative islæt, engagementet, partnerskabet med en reel indflydelse og risikovillig ressourcekapital. Det er efter min mening hovedingredienserne i en god begyndelse. Så kommer der en lang række andre ting, som skal falde på plads. Men de vil lettes gevaldigt, hvis der etableres en åben projektkultur på området. Kun hvis vi kaster os ud i at prøve noget nyt - noget hvor det er struktureringen omkring alle de mange små ting, som fører til at helheden bliver tilstrækkelig stor, vil det lykkes at vende udviklingen på folkesundhedsområdet indenfor en overskuelig periode. Og så skal man jo erkende, at der altid er behov for en vis portion held, at de rigtige folk er at finde på rette tid og sted. Det er med sundhedsfremme som med et godt Bigband: for at få succes skal der være en god komposition, et godt partitur, en fremragende dirigent, et orkester hvor musikerne har lyst til at spille sammen og der skal være plads til solister. Men alt dette nytter ikke meget, med mindre der også er et publikum, som er vilde efter at kaste sig ud i dansen.

Strukturelle forudsætninger for succes er at skabe rammerne for den ustrukturerede forandring:

- Erkendelsen af det lange seje træks nødvendighed
- Struktur for multidisciplinaritet, tværfaglighed og praktisk samarbejde
- Der skal være et synligt og forpligtende politisk komittment
- Det er nødvendigt at strukturere risikovillighed
- Professionalisme er et must, især på opgaven med at drive projektet
- En selvstændig projektorganisation, som har sundhedsfremme som sit eneste formål
- En teoretisk strukturel ramme er fundamental
- En lokal organisatorisk struktur, som samtidig giver maksimal kreativ frihed
- Partnerskaber mellem alle nøgleaktører, især børn, forældre, professionelle og politikere
- Struktur er også at strukturere møder, seminarer mv. mellem partnerne
- Pragmatisk, a-bureaukratisk kvalitetsstyring
- Folkeligt engagement
- Og frem for alt: hvordan man engagerer nøglepersonerne

Jeg er ikke tvivl om at mange vil mene at jeg har malet et alt for rosenrødt, kalejdoskopisk og urealistisk billede. Men hertil vil jeg sige at: kun hvis vi kaster os ud i at prøve noget nyt - noget hvor det er struktureringen omkring alle de mange små ting som fører til at helheden bliver tilstrækkelig stor, vil det lykkes at vende udviklingen på folkesundhedsområdet indenfor en overskuelig periode. Som f.eks. i løbet af et barndomsforløb - og det er lige præcist dét der er vores udfordring!

*”Kamp må der til skal livet gro
ej blot kamp for dagligt brød
men kamp for frihed i liv og tro –
thi evig stilstand er død”*

Kaalund – Vi elsker den brogede verden

Referencer

- (1) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Status 2001 for folkesundhedsarbejdet. 1-122. 2001. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (2) Juel K, Sørensen J, Brønnum-Hansen H. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 1-346. 2006. København, Statens Institut for Folksundhed.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Folkesundhed og risikofaktorer -tal på sundhed til kommunen. 2006.
- (4) Nielsen GA, Ringgaard LW, Jensen JP, Møller TP, Nissen SB, Sindballe A-M et al. Unges livsstil og dagligdag 2000-2004 - tendenser og udvikling i brug af tobak, alkohol, stoffer og i fysisk aktivitet. 1-112. 2006. København, Kræftens bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.
- (5) Richelsen B, Astrup A, Hansen GH, Heitmann B, Holm L, Kjær M et al. Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesstrategi. 30, 1-134. 2003. Ernæringsrådet.
- (6) Sundhedsministeriet. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Et handlingsorienteret program for sundere rammer i hverdagen. 1-122. 1999. København, Sundhedsministeriet.
- (7) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. 1-81. 2002. København, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- (8) Fagt S, Matthiessen J, Bilotto-Jensen A, Groth MV, Christensen T, Hinsch H-J et al. Udviklingen i danskernes kost 1985-2001 med fokus på sukker og alkohol samt motivation og barrierer for sund livsstil. 1-130. 2004. Søborg, Danmarks Fødevarer- og Veterinærforskning.
- (9) Bistrup ML, Kamper-Jørgensen F. Sundhedskonsekvensvurderinger. Koncept. Perspektiver. Anvendelse i stat, amter og kommuner. 1-187. 2005. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (10) Buchanan DR. An ethic for health promotion. Rethinking the sources of human well-being. New York: Oxford University Press; 2000.
- (11) Phelps R, Hase S. Complexity and action research: exploring the theoretical and methodological connections. Educational Action Research 10[3], 507-523. 2002.
- (12) Andersen ES. Projektledelse - et organisationsperspektiv. Bekkestua: nkiforlaget; 2005.
- (13) Poulsen KB, Jensen SH, Bach E, Shostack JF. Using action research to improve health and work environment for 3.500 municipal bus drivers. Educational Action Research Journal 15[1], In press. 2007.
- (14) Poulsen KB. The Healthy Bus project in Denmark: need for an action potential assessment. Health Promotion International 19[2], 205-213. 2004.
- (15) Greenwood DJ, Levin M. Introduction to action research. Social research for social change. California: SAGE Publication; 1998.
- (16) Tiller T. Forskende partnerskab. 1 ed. Kroghs Forlag; 2000.

- (17) Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet - Modelbeskrivelse. 1-55. 2004. København, Sundhedsstyrelsen.
- (18) Meredith JR, Mantel SJ. Project management. A managerial approach. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons Inc; 1995.
- (19) Rothman J, Thomas EJ. Intervention research. Design and development for human service. New York: The Haworth Press; 1994.
- (20) Hoyle D. ISO 9000 Quality Systems Handbook. 4 ed. Amsterdam: Elsevier; 2001.
- (21) Oakland JS. Total Quality Management text with cases. 3 ed. Amsterdam: Elsevier; 2003.
- (22) Edmondson AC. Three factors of Eden: The persistence of competing theories and multiple diagnoses in organizational intervention research. *Human Relations* 49, 571-95. 1966.
- (23) Yin RK. Case study research: Design and methods. 2 ed. Thousand Oaks: CA: Sage; 1994.
- (24) Schulte PA, Goldenhar LM, Connally LB. Intervention Research: Science, Skills, and Strategies. *Am J Industrial Med* 29, 285-8. 1999.
- (25) Worren N, Moore K, Elliot R. When theories become tools: Toward a framework for pragmatic validity. *Human Relations* 55[10], 1227-1250. 2002.
- (26) Andersen C. Nye folkeråd på de engelske hospitaler. *Ugeskr Laeger* 167[5], 552. 2005.
- (27) Commission for Patient and Public Involvement in Health. Handbook for PPI Forum Members. Commission for Patient and Public Involvement in Health; 2004.
- (28) Levin M. Researching enterprise development. Action research on the cooperation between management and labour in Norway. John Benjamin Publishing Company; 2002.
- (29) Tashakkori D, Teddlie C. Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research. London: Sage Publications; 2003.
- (30) Alvesson M, Skoldberg K. Reflexive methodology. New vistas for qualitative research. 1 ed. London: Sage Publications; 2000.
- (31) Shostack JF. Understanding, designing and conducting qualitative research in education. Buckingham: Open University Press; 2002.
- (32) Shostack JF. Interviewing and representation in qualitative research projects. Buckingham: Open University Press; 2006.
- (33) Sayer A. Method in social science. A realist approach. London: Routledge; 1993.
- (34) Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. 2 ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.
- (35) Denzin NK, Lincoln YS. Collecting and interpreting qualitative materials. London: Sage Publications Ltd; 3 A.D.
- (36) Denzin NK, Lincoln YS. Strategies of qualitative inquiry. Sage Publications Ltd; 3 A.D.

- (37) Denzin NK, Lincoln YS. The landscape of qualitative research: Theories and issues. Sage Publications Ltd ; 3 A.D.
- (38) Kothari U, Minogue M. Development theory and practice. Critical perspectives. 1 ed. Hampshire: Palgrave; 2002.
- (39) Poulsen KB, Drewes K, Grøn S, Petersen PT, Bach E. Refleksioner over interventioner. Erfaringer fra over 200 interventioner iværksat for at forbedre sundhed og arbejdsmiljø for 3500 buschauffører. København: Arbejdsmiljøinstituttet; 2003.
- (40) Bistrup ML, thomsen M. Øget fokus på børns miljø og sundhed - om indsamling af idéer i 2005. 1-61. 2006. København, Sundhedsstyrelsen.
- (41) Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting school approach? 1-26. 2006. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report.
- (42) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af overvægt med skolen som arena. 1-52. 2006. København, Sundhedsstyrelsen.
- (43) Clift S, Jensen BB. The health promoting school: international advances in theory, evaluation and practice. 1 ed. Copenhagen: Danish University og Education Press; 2005.
- (44) Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O et al. Young people's health in context. health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. 4, 1-248. 2004. Copenhagen, World Health Organization.
- (45) Due P, Holstein B. Skolebørnsundersøgelsen 2002. København: Københavns Universitet Institut for Folkesundhedsvidenskab; 2003.
- (46) Lissau I, Hesse U, Juhl M, davidsen M. Mad og fysisk aktivitet i børnehaver, skoler og fritidshjem/skolefritidsordninger. 1-40. 2006. København, Statens Institut for Folkesundhed.
- (47) Ovesen L. Børn og unges livsstil og risiko for hjertesygdom. en faglig gennemgang. 1-50. 2004. Hjertereforeningen.
- (48) Sundhedsstyrelsen, Sundhedss. Sundhedsmæssige aspekter af fysisk aktivitet hos børn - et treårigt forsøg i to kommuner ved København: Ballerup og Tårnby. 1-243. 2006. København, Sundhedsstyrelsen.
- (49) Sundhedsstyrelsen. Metoder og redskaber til indsatser mod overvægt. erfaringer fra 26 projekter belyst ud fra forskellige temaer. 1-104. 2006. København, Sundhedsstyrelsen.
- (50) Folkesundhed København. Sundhedsprofil for unge i København 2005. 1-60. 2005. København, Folkesundhed København.
- (51) Surowiecki J. The wisdom of crowds: why the many are smarter than the few. London: Abacus; 2005.

- (52) Prochaska JO, DeClimente CC. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Clinical Counseling and Clinical Psychology* 51[3], 390-395. 1983.
- (53) Prochaska JO. In search of how people change. *American Psychologist* 47[9], 2-14. 1992.
- (54) Bandura A. *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory.* New Jersey: Englewood Cliffs; 1986.
- (55) Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist* 55[1], 68-78. 2000.
- (56) Ryan RM, Deci EL. *Handbook of self-determination theory.* 1 ed. New York: University of Rochester Press; 2002.
- (57) Gifted and Talented. The National Programme. <http://www.standards.dfes.gov.uk/sie/eic/eicgiftedtalented/> [2007
- (58) Rogers EM. *Diffusion of innovations.* New York: The Free Press; 1995.
- (59) Jensen BB. Sundhedsfremme og forebyggelse - to forskellige paradigmer? *Sygdom og Samfund* , 67-87. 2005.
- (60) Rootman I, Goodstadt M, Hyndman B, McQueen DV, Potvin L, Springett J et al. Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. 92, 1-517. 2001. Copenhagen, WHO Regional Publications. European Series.
- (61) Pawson R, Tilley N. *Realistic evaluation.* London: SAGE Publications Ltd; 2004.
- (62) Chen H-T. *Practical program evaluation. Assessing and improving planning, implementation and effectiveness.* London: Sage Publications; 2005.
- (63) Chen H-T. *Theory-driven evaluations.* Newbury Park: Sage Publications; 1990.
- (64) Dahler-Larsen P. *Den rituelle reflektion.* 1 ed. Odense: Odense Universitetsforlag; 1999.
- (65) Stame N. Theory-Based Evaluation and Types of Complexity. *Evaluation* 2004; 10(1):58-76.
- (66) Stacey RD. *Strategies management & organisational dynamics. The challenge of complexity.* 3 ed. Harlow: Pearson Education Limited; 2000.