



S·H·E

Schools for Health in Europe



UNDERVISNINGSMATERIALE FOR LÆRERE ²⁰¹⁹

Læring om sundhed og
sundhedsfremme i skolen

Nøglebegreber og -aktiviteter

ISBN nr: 978-87-972118-7-8

3 Introduktion

4 DEL I: Udvalgte nøglebegreber

5 Hvad er en sundhedsfremmende skole?

- 5 Idéen om miljøer for sundhedsfremme
- 6 Udviklingen af 'den sundhedsfremmende skole' initiativet
- 6 Hovedelementerne i den sundhedsfremmende skole

8 Forskellige sundhedsbegreber inden for den sundhedsfremmende skole

- 8 Sundhed som begreb inden for forskellige faglige discipliner
- 9 Sundhed i skolen
 - 9 Den patogene (medicinske) model
 - 10 Verdenssundhedsorganisationens (WHO) model
 - 10 Den salutogene model
 - 12 Livskvalitetsmodellen
 - 12 Den socio-økologiske model

14 DEL II: Inddragende processer og læringsudbytte

15 Elevinddragelse som grundpille i den sundhedsfremmende skole

- 15 Hvad er inddragelse og hvorfor er det vigtigt?
- 16 Hvordan muliggøres inddragelse?

18 Undervisning i sundhedskompetence og handlekompetence

- 18 Sundhedskompetence som et udbytte af at lære igennem og om sundhed
- 22 Fra handleerfaringer til handlekompetence
- 23 Hvordan kan skolen understøtte læringen af sundheds- og handlekompetence?

24 DEL III: Eksempler på undervisningsaktiviteter

- 25 Aktivitet 1. Sundhed – hvad er det?
- 26 Aktivitet 2. Sundheds Quiz
- 26 Aktivitet 3. Online øvelse: Sundhed og trivsel på vores skole
- 27 Aktivitet 4. Fotohistorier: en tryk og god skole
- 27 Aktivitet 5. Vurdering af skolens miljø: Hvis jeg var minister...
- 28 Aktivitet 6. Hel-skole miljøet: Hvordan fremmer eller hindrer vores skole sundhed og trivsel?
- 28 Aktivitet 7. Hvad vil du gøre hvis...?
- 30 Aktivitet 8. Sundhedsfremmende stemmer'
- 31 Aktivitet 9. Fortællinger, dialog og evaluering

32 Referencer

INTRODUKTION

De fleste børn i skolealderen går i skole, og derfor er skolen et vigtigt miljø – både i forhold til at fremme elevers sundhed og velvære, og i forhold til at lære om sundhed. Med en helskole-tilgang kan skolen støtte elevernes selvstændiggørelse og deltagelse, med henblik på "aktivt at bruge og forme deres miljø til at løse sundhedsrelaterede problemer" (WHO's sundhedsfremme-glosar 1998).

Formålet med dette materiale for undervisere er, at:

- introducere den sundhedsfremmende skoles nøglebegreber
- beskrive handlekompetence som en følgevirkning af sundhedsuddannelse i skolen
- understrege vigtigheden af elevdeltagelse i forhold til at fremme den sundhedsfremmende skoles kerneværdier
- give eksempler på undervisningsaktiviteter, der for det første understøtter læringen af begreberne og emnerne nævnt ovenfor, og for det andet understøtter elevernes muligheder for at være med til at udvikle skolens miljø i en mere sundhedsfremmende retning.

Materialet er inddelt i tre kapitler: (i) Udvalgte nøglebegreber, (ii) Deltagende processer og læringsudbytte, og (iii) Eksempler på undervisningsaktiviteter. Materialet er udviklet med henblik på at hjælpe lærere og pædagoger med at fremme læringen af "viden og kompetencer, som sætter elever i stand til at være handlekraftige i forhold til sundhed, velvære og uddannelsesmæssige færdigheder" (SHE).



Hvad er en sundhedsfremmende skole?

I dette afsnit definerer vi begrebet 'den sundhedsfremmende skole'. Idéen udspringer af 1980'ernes miljø-tilgang til sundhedsfremme; en tilgang, som stadig er fremherskende i Europa og andre dele af verden. Vi opridser i korte træk udviklingen af den sundhedsfremmende skole som et initiativ i verdenssundhedsorganisationens (WHO) europæiske region, og præsenterer hovedelementerne af en skole, der kan karakteriseres som 'sundhedsfremmende'. Hvordan disse elementer fortolkes og bruges, afhænger af den nationale og uddannelsesmæssige kontekst. Dog forbliver den overordnede idé den samme – at skolen ses som et dynamisk system, som påvirker elevernes uddannelsesmæssige oplevelse i en bred forstand, herunder også deres sundhed og trivsel. Elevernes evner, og tilbøjelighed til, at tage sig af deres egen og andres sundhed, udvikles ikke kun i klasseværelset, men i hverdagen generelt, idet eleverne er en del af skolens miljø og fællesskab.

Idéen om miljøer for sundhedsfremme

Miljø-tilgangen til sundhedsfremme blev iværksat i kølvandet på Ottawa chartret, som blev udstedt af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) i 1986. Chartret gjorde opmærksom på, hvordan hverdagens steder, organisationer og institutioner interagerer med menneskers sundhed og trivsel. Chartret hjalp med at flytte fokus fra regulering af individuel adfærd, til i stedet at blive opmærksom på de sociale og samfundsmæssige kræfter, der påvirker sundhed og trivsel.

Det første internationale initiativ, som brugte denne nye tilgang til sundhedsfremme, var WHO's Sund By netværk. Under dette initiativ fandt en række projekter og interventioner sted i forskellige miljøer, såsom sundhedsfremmende skoler, børnehaver, sygehuse og arbejdspladser.

Med en miljø-tilgang går man bort fra at implementere de samme evidensbaserede interventioner i vidt forskellige kontekster (se for eksempel, White-law et al., 2001; Simovska & McNamara, 2015). I stedet arbejder man med en bred forståelse af, hvad sundhedsfremme er, og sundhed ses som værende

forbundet med samfundsmæssige faktorer, lighed, selvstændiggørelse og frigørelse. WHO definerer 'et miljø for sundhed og trivsel' som et sted eller en social kontekst, hvor mennesker indgår i hverdagsaktiviteter, og hvor kulturelle, historiske, miljømæssige, organisatoriske og personlige dynamikker interagerer på en måde, som påvirker sundhed og trivsel.

Definitionen på en sundhedsfremmende skole er som følger:

“ En sundhedsfremmende skole er en skole, som har et konstant fokus på at give børn og unge muligheder for at leve, lære og lege (WHO, 1991).



| Udviklingen af 'den sundhedsfremmende skole'-initiativet

Idéen om 'sundhedsfremmende skoler' opstod i Europa i de tidlige 1980'ere. Idéen blev videreudviklet på WHO's Sundhedsfremmende Skole-Symposium i 1986, og nogle år senere i udgivelsen 'Den Sund Skole' (Young & Williams, 1989). På den baggrund defineres sundhedsfremme i skolen som en social proces, som skaber selvstændighed og handlekraft for individer og fællesskaber.

Det Europæiske Netværk for Sundhedsfremmende Skoler (ENHPS) blev officielt etableret i 1991 af WHO's Regionale Kontor for Europa, Europarådet, og Europa-Kommissionen.

Initiativet trækker på de fem principper fra Ottawa chartret. Netværket har siden 2017 været kendt under navnet "Schools for Health in Europe Network Foundation" (SHE). Netværket fungerer som en selvstændig ikke-statslig organisation (NGO), støttet af Europa-Kommissionen, og i tæt samarbejde med WHO's Regionale Kontor for Europa. Netværket består af nationale og regionale koordinatore fra 32 lande i WHO's europæiske region, med flere lande på vej til at blive optaget som medlemmer. SHE-netværkets kerneværdier reflekterer fortsat de oprindelige idéer, og knytter sig stærkt til lighed, bæredygtighed, inklusion, selvstændiggørelse og demokrati. (www.schoolsforhealth.org).

| Hovedelementerne i den sundhedsfremmende skole

Helskole-miljøet er afgørende for, at en skole skal lykkes med at blive en sundhedsfremmende skole. Med helskole forstås, at man ikke kun fokuserer på læring og undervisning, men også på skolens værdisæt og kultur, herunder mellem menneskelige relationer, skolens ledelse, læreplaner, politikker, praksis, og skolens fysiske miljø. Det er absolut nødvendigt, at en sundhedsfremmende skole tilbyder rammer for læring og udvikling, som sætter elever i stand til at udvikle sig både i og uden for klasseværelset. Skolen er desuden et vigtigt miljø for de ansattes udvikling, sundhed og trivsel. Figur 1 viser hovedelementerne i den sundhedsfremmende skole. Disse inkluderer, men er ikke nødvendigvis begrænset til, følgende:

Skolens fysiske rammer:

denne komponent drejer sig ikke bare om størrelsen på klasseværelserne og skolens udendørsarealer, men også om indeklimaet, herunder belysning, støj, hygiejne, arkitektur, indretning, møbler og faciliteter.

Skolens sociale miljø:

denne komponent drejer sig om kvaliteten af elevernes indbyrdes relationer, men også om relationerne mellem elever og lærere, øvrige ansatte, og skolens ledelse. Under dette punkt hører også skolepolitikker vedrørende, for eksempel, sundhed og trivsel, mobning, tryghed, inklusion, lighed og mangfoldighed.

Desuden hører sociale medier og virtuelle miljøer med under dette punkt, idet både digital og analog kommunikation kan have en indvirkning på sundhed og trivsel, og er uløseligt forbundet med skolens kultur.

Forbindelser til lokalsamfundet:

denne komponent drejer sig om skolens samarbejde med forældre, familier og andre partnere som fx de lokale myndigheder, ikke-statslige organisationer (NGO'er), sports- og fritidsklubber og private firmaer, der kan understøtte skolens muligheder for leg, læring og udvikling i og uden for skolen.

Sunde skolepolitikker:

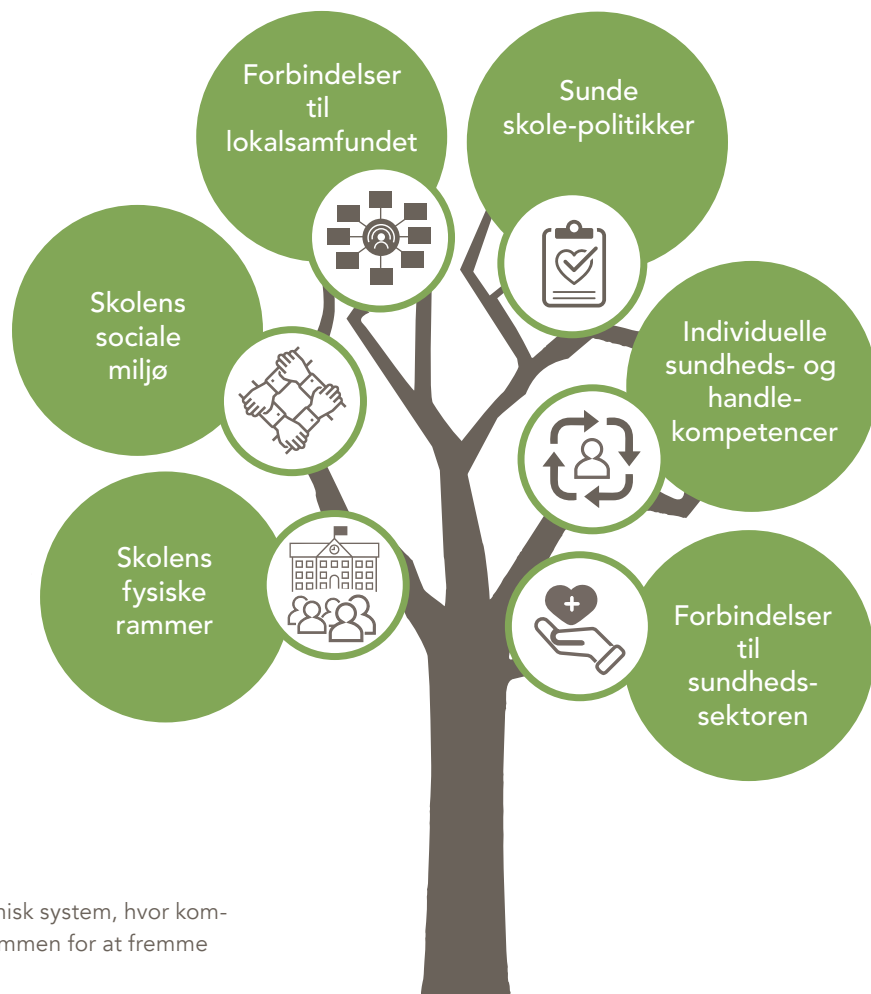
denne komponent referer til skolens ledelsesstil, styrings- strategier og -regler, og det professionelle samarbejde mellem lærere, skolesygeplejersker/sundhedsplejersker og andre interessenter, der sikrer, at hele skolen arbejder mod et fælles mål om at fremme og udøve sundhed.

Individuelle sundheds- og handlekompetencer:

denne komponent henviser til kompetencer, som ofte tilegnes gennem undervisningen, herunder sundhedsrelateret indhold, mål og undervisningsmetoder, samt tværfaglig læring og fritidsaktiviteter på helskole-niveau.

Forbindelser til sundhedssektoren:

denne komponent drejer sig om at sikre adgang til sundhedspleje enten på skolen eller uden for skolen, og med et særligt fokus på sundhedsfremme.



Figur 1.

Helskolen som et dynamisk system, hvor komponenterne arbejder sammen for at fremme sundhed og trivsel.

Forskellige sundhedsbegreber inden for den sundhedsfremmende skole

I dette afsnit gør vi rede for forskellige tilgange til sundhed. Formålet er at støtte lærere og andet skolepersonale til at reflektere over og navigere i områdets kompleksitet og til at tage beslutninger, når de skal planlægge og udøve praksis inden for den sundhedsfremmende skoles rammer. Det er vigtigt at fremhæve, at nedenstående er et udvalg, og ikke en udtømmende liste over forskellige forståelser af sundhed. Grænserne mellem modellerne er ikke skarpt optrukket, men overlapper og krydser hinanden på adskillige måder. I skolen arbejder lærere og andet skolepersonale med forskellige sundhedsforståelser på forskellige tidspunkter afhængig af kontekst. Oversigten kan være behjælpelig i forhold til at planlægge og tydeliggøre læringsmål, indhold og metoder.

Sundhed som begreb inden for forskellige faglige discipliner

Ved første øjekast virker spørgsmålet "hvad er sundhed?" enkelt. Men så snart vi begynder at diskutere, hvordan vi bedst kan fremme sundhed, bliver det tydeligt, at forståelsen af sundhed som begreb er kendetegnet ved en høj kompleksitet og flertydighed. Sundhed såvel som sygdom opleves individuelt – men individets oplevelse formes også af faktorer som socioøkonomisk baggrund, etnicitet, kultur, alder, køn og handicap. Desuden er forståelsen af sundhed for det første indlejret i praksis; for det andet i den faglige disciplin, hvori begrebet er udviklet; og for det tredje i de bredere sociokulturelle, historiske og politiske forhold. Nedenfor gives en række eksempler på forskellige discipliners tilgang til sundhed:

Medicin og sundhedsvidenskaberne fokuserer på diagnosticering og behandling af sygdomme. Inden for disse videnskaber forstås sundhed primært som fraværet af sygdom. Indsatser for at fremme sundhed koncentrerer sig derfor om at undgå eller forebygge sygdomme.

Økonomi interesserer sig for at etablere forbindelser mellem sundhed og velfærd i samfundet. Dette kommer sig af, at sundhed og sygdom traditionelt set er blevet opfattet og analyseret gennem sin omkostning for samfundet; man er derfor optaget af, om forebyggende indsatser reducerer disse omkostninger, og om sundhedstiltag har en positiv effekt på økonomien.

Psykologi beskæftiger sig med sundhed gennem individets ageren og oplevede livskvalitet.

Antropologi beskæftiger sig med sundhed gennem individets ageren og oplevede livskvalitet.

Uddannelsesvidenskaberne undersøger forbindelserne mellem sundhed og læring. Man er særligt optaget af den evidens, der er, omkring godt helbred og effektiv læring, herunder hvilke evner og egenskaber elever behøver, for at kunne forstå og tage sig af både deres eget og andres helbred.

Man kan altså argumentere for, at sundhedsbegrebet er et 'omstridt' begreb (Green et al., 2015). Omstridte begreber er socialt konstruerede, ændrer sig over tid, rum og kontekst; deres underbyggende principper er værdiladede, og åbne over for mangfoldige, ofte modstridende fortolkninger.

| Sundhed i skolen

Sundhed har gennem historien været en del af skolepraksis på den ene eller anden måde, og sundhed og uddannelse har altid været anset som forbundne. For eksempel kan bedre sundhed medvirke til bedre læring og bedre præstation i skolen, hvilket så igen kan have en gavnlig effekt på sundhed. Sundhedsuddannelsens oprindelse kan spores tilbage til 1700-tallets og 1800-tallets folkesundhedsmæssige bekymringer, hvis endda ikke tidligere.

De mangfoldige og ofte modstridende diskurser omkring definitionen på sundhed nævnt oven for har haft betydelig indflydelse på udviklingen og fortolkningen af skolebaseret sundhedsuddannelse og sundhedsfremme. Udfordringen ved skolebase-

ret sundhedsuddannelse og sundhedsfremme er, at de førnævnte fagdisciplinære konceptualiseringer af helbred er sammenvævede med skolepolitikker i udformningen og udøvelsen af praksis. Med andre ord går arbejdet med sundhedsuddannelse og sundhedsfremme i skolen på tværs af faggrænser og trækker på forskellige forståelser af sundhed, som af og til er eksplicite, tydeligt adskilte og komplementære, og andre gange er implicite, vage og stridende imod hinanden. Selvom sundhedsbegrebets tværfaglige natur bør ses positivt, fordi begrebets kompleksitet derved anerkendes, så gør det desto mere udfordrende for skolens ledelse, lærere og ansatte at arbejde med sundhedsfremme og -uddannelse.

| Den patogene (medicinske) model

Den mest indflydelsesrige definition på sundhed gennem de sidste to århundreder har været den medicinske model. De videnskabelige, biomedicinske fremstillinger af sundhed opstod i Vesteuropa i Oplysningstiden, samtidig med at rationalitet, individualisme, teknologi og videnskab blev de dominerende vidensformer. Den medicinske tilgang fokuserer på at fastslå, hvorfor folk bliver syge, hvad risikofaktorerne er, og hvordan disse faktorer kan undgås, bedres eller behandles. Inden for denne tilgang ses elever ofte som bærere af risiko, hvis sundhed bør beskyttes for at mindske risikoen for at blive syg senere i livet. Sundhed forstås som patogenisk (sygdomsfremkaldende) af natur. Naidoo og Wills (2016) har foreslået følgende termer:

biomedicinsk – sundhed er en egenskab ved biologiske væsner.

reduktionistisk – sundhed bestemmes ved at opsummere alle dens mindre konstituerende dele.

mekanisk – kroppen er som en maskine og kan "repareres" hvis den er i stykker.

allopatisk – hvis noget er galt med kroppen, bør det behandles ved at anvende en modsatrettet kraft, for eksempel medicin.

i brug siden Oplysningstiden, har denne model også sine begrænsninger. Tilgangen er underbygget af et særligt værdisæt og af magtrelationer mellem "sundhedseksperter" og "lægefolk", hvor individet ses (mere eller mindre) som passiv modtager af ekspert(-sundheds) ydelser. Individets subjektive oplevelse af sundhed er ikke i fokus. I skolen er denne model i anvendelse, når man lærer eleverne om forskellige sygdomme, deres forbindelser til individuel adfærd, og om forebyggelse af sygdomme gennem livsstilsændringer.

I hans klassiske kritik af den medicinske diskurs brugte Crawford (1977; 1980) begrebet "healthism" til at fremhæve den dominerende diskurs' optagethed af individuel sundhed, forbindelserne mellem individuel livsstil og sygdom, og at "skyde skylden på ofret". Han er kritisk over for, at præmissen rettes mod sårbare individer, hvis sygdomme tilskrives deres livsstil, mens vigtige forhold som fx ulighed i sundhed og sociale determinanter for sygdom ignoreres.

Denne kritik skabte fundamentet for en ny dagsorden for sundhedsfremme blandt internationale organisationer, igangsat af Ottawa Charteret (WHO, 1986), som spillede en kritisk og indflydelsesrig rolle i udviklingen af rammerne for den sundhedsfremmende skole (WHO, 1998).

Verdenssundhedsorganisationens (WHO) model

Den vigtigste definition på sundhed – i forhold til den sundhedsfremmende skole – stammer fra Verdenssundhedsorganisationen. WHO definerer sundhed som en positiv tilstand af velvære. Ifølge WHO er sundhed både en fundamental menneskeret, og desuden en investering i et demokratisk og retfærdigt samfund. WHO definerer sundhed som:

... i hvilken udstrækning et individ eller en gruppe er i stand til, på den ene side at realisere aspirationer og opfylde behov, og på den anden side, at ændre sig eller tilpasse sig omgivelserne. Sundhed ses derfor som ressource i hverdagen, og ikke som målet med livet: det er et positivt begreb med vægt på sociale og personlige ressourcer såvel som fysiske evner. (WHO, 1984)

Ifølge WHO er sundhed sammenflettet med leveforhold og socio-politiske og kulturelle faktorer såvel som individuelle ressourcer.

Sundhed er tæt forbundet med sociale spørgsmål som ulighed og social retfærdighed. Desuden opfattes sundhed som rummende forskellige dimensioner, som er forbundet på kryds og tværs. Da Verdenssundhedsorganisationen introducerede begrebet for første gang i 1946, var sundhed inddelt i tre dimensioner: fysisk, mental og social. Fysisk sundhed vedrører kroppen, og omfatter adskillige principper: fra fraværet af sygdom, til at være i god fysisk form og i stand til at udføre dagligdagens gøremål. Mental sundhed omfatter: erkendelsen af ens værdi og potentiale; at være i stand til at håndtere et rimeligt niveau af stress, og at føle sig godt tilpas; at arbejde produktivt og at bidrage til det fælles gode. Social sundhed omfatter blandt andet: at være i stand til at skabe og vedligeholde sociale relationer; at være knyttet til familie og venner; at føle sig støttet, og at være involveret i aktiviteter med andre mennesker. Senere er andre dimensioner såsom spirituel og seksuel sundhed kommet til, hvilket blot understreger sundhedens komplekse og altomfattende natur.

Den salutogene model

Salutogenese er et begreb opfundet af Antonovsky (1987) som modstykke til "patogenese". Det er sammensat af to ord: salus, som er latinsk for velvære og glæde, og genese, som kommer fra græsk. I kontrast til den medicinske model, og på linje med Verdenssundhedsorganisationens (WHO) model, lægger denne forståelse af sundhed vægt på velvære, trivsel og positive aspekter af sundhed, med fokus på de dynamikker, der er sundhedsskabende eller -vedligeholdende, fremfor dem, der skaber sygdom. Inden for denne tankegang anses sundhed som en dynamisk snarere end en statisk tilstand. Der fokuseres på, hvordan individer håndterer vanskelige sundhedsrelaterede leveforhold. Verden bliver stadig mere kompleks og usikker, og samtidig er det et grundlæggende menneskeligt behov at forstå og bringe orden i denne kompleksitet. På den baggrund introducerede Antonovsky tanken om en "oplevelse af sammenhæng" som en egenskab, der karakteriserer en sund person.

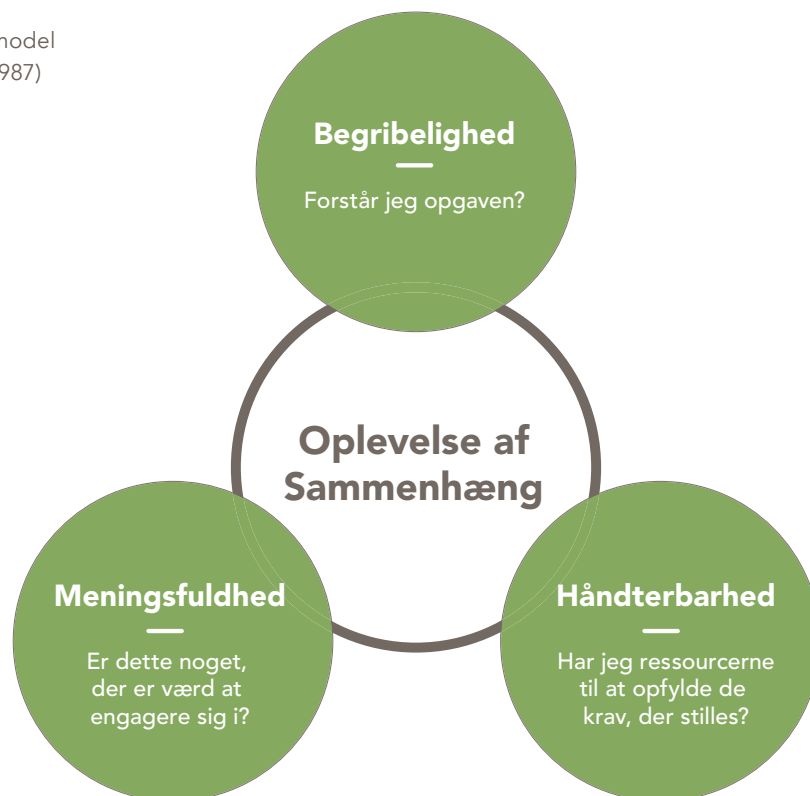
Han fremsatte, at en 'oplevelse af sammenhæng' udgøres af tre komponenter – begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed (Figur 2). Antonovsky skriver i 1987, at:

Oplevelsen af sammenhæng er... en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at:

- a) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige;*
- b) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og*
- c) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.*

Figur 2.

Den salutogene sundhedsmodel
(inspireret af Antonovsky, 1987)



Modellen understreger, at individuelle mestringsevner ikke blot består af en persons indre ressourcer. Evnen til at håndtere livets udfordringer er forbundet med kvaliteten af ens relationer, graden og kvaliteten af social forbundethed, og af støttende omgivelser.

I skolen anvendes denne model, når man lærer om sundhed og sundhedsfremmende praksis. Det vil si-

ge, at eleverne er med til at definere, hvad sundhed betyder for dem, og identificerer vigtige sociale relationer og andre omstændigheder i deres egne omgivelser, der har en betydning for deres egen sundhed.

Livskvalitetsmodellen

Livskvalitetsmodellen forstår sundhed som grundlæggende for livskvalitet. Livskvalitet defineres gennem tre kategorier: væren, tilbliven og at høre til (Woodill et al., 1994; se også Raeburn & Rootman 1998).

Hver kategori omfatter forskellige områder af en persons hverdagsliv og levede erfaring. Være-kategorien handler om det, der vedrører de fysiske, psykologiske og spirituelle dimensioner af individuelle liv.

Tilbliven-kategorien vedrører arbejde, læring, fritid og personlig udvikling. Tilhørs-kategorien vedrører sociale-, relationelle- og arbejdsmiljøer, såvel som leveforhold i den bredere forstand. Sundhed defineres som et delemne under livskvalitet, og de tre dimensioner – psykologisk, fysisk og social – stemmer godt overens med WHO sundhedsmodellen (Raeburn & Rootman, 1998) (Figur 3).

Figur 3.

Sundhed som en del af livskvalitet
(baseret på Raeburn & Rootmans
model, 1998)



Hvert af områderne rummer en række muligheder og udfordringer for en persons sundhed og trivsel. Det er afgørende for en persons sundhed, at man selv kan udøve magt over faktorerne (både på mikro- og makro-niveau) og skabe ændringer, der forbedrer ens muligheder.

Lærere kan, i samarbejde med deres elever, bruge denne model i tilrettelæggelsen af sundhedsuddan-

nelse og sundhedsfremmende aktiviteter; for eksempel ved at fremme positive sociale relationer (at høre til); og/eller ved at sætte opgaver, der giver eleverne erfaring med følelsen af succes (tilbliven); og/eller ved sammen med eleverne at igangsætte positive ændringer i skolemiljøet (væren).

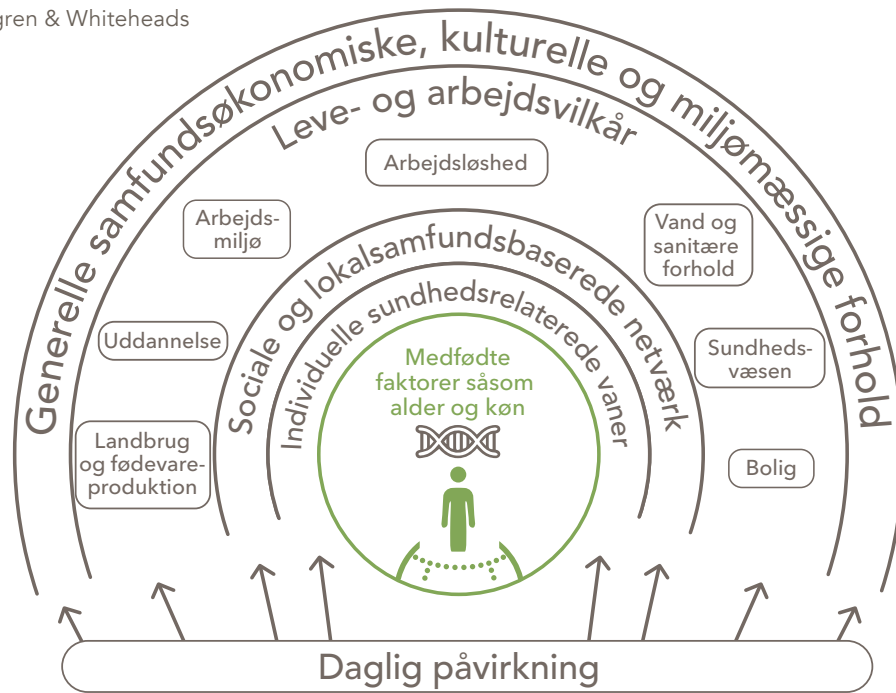
Den socio-økologiske model

Med begrebet salutogenese skete der et skift fra den medicinske diskurs, til hvad der er blevet kaldt et socio-økologisk eller øko-holistisk sundhedsbegreb. Denne model anser sundhed som et fænomen med mange facetter, og som noget, der påvirkes af mange kræfter, herunder individuelle, mellemmenneskelige og samfundsmæssige faktorer. Dahlgren og Whitehead (1991) (Figur 4) har udviklet et af de mest anvendte diagrammer til at illustrere faktorerne, der henholdsvis fremmer, beskytter og udfordrer sundhed. Her er sundhed påvirket af bredere samfunds-

mæssige og miljømæssige kontekster, af materielle og sociale vilkår, gensidig støtte fra familie, venner og nærmiljøet, og af individuelle faktorer (for eksempel sundhedsadfærd, alder og køn). Denne tilgang viser, at sundhed ikke bare er et individuelt anliggende, men også i høj grad en social og samfundsmæssig opgave.

Figur 4.

Generelle samfundsøkonomiske, kulturelle og miljømæssige forhold (baseret på Dahlgren & Whiteheads model, 1991)



Det fremgår af modellen, at sundhed både er forbundet med personen i al sin kompleksitet, og med miljøet, personen indgår i. Sundhed skabes de steder, hvor folk bor, elsker, lærer, arbejder og leger (Verdenssundhedsorganisationen, 1986), og derfor bør tiltag for at fremme sundhed tage hensyn til miljøer som skoler, arbejdspladser, sygehuse og byer. Heraf opstod "miljø-tilgangen" til sundhedsfremme, som er den tilgang, den sundhedsfremmende skole bruger.

Skolepolitikker og -praksis, som bruger denne model, har ikke kun elevernes viden og forståelse af sundhed for øje, men retter sig også mod de strukturelle determinanter for sundhed på skole- og/eller lokalsamfundsniveau. Disse politikker og praksisser skaber muligheder for, at eleverne selv kan skabe forandringer på skole- og/eller lokalsamfundsniveau.



DEL II

INDDRAGENDE PROCESSER OG LÆRINGSUDBYTTE

Elevinddragelse som grundpille i den sundhedsfremmende skole

I dette afsnit beskæftiger vi os med skolernes pligt til at sikre, at eleverne er med til at træffe beslutninger, som påvirker deres egen sundhed og trivsel. Vi definerer 'inddragelse' som et begreb, og beskriver fordelene ved inddragelse for både elever og skoler. Vi præsenterer fem niveauer af inddragelse, som både kan bruges til at reflektere over nuværende skolepraksisser, og til at planlægge aktiviteter i fremtiden, der kan forbedre, øge eller sikre elevinddragelse.

Hvad er inddragelse og hvorfor er det vigtigt?

Inddragelse er en vigtig del af skolelivet i demokratiske samfund. Forpligtigelsen til at inddrage elever er tæt forbundet med De Forenede Nationers Konvention om Barnets Rettigheder, ifølge hvilken barnets interesser bør komme først, når voksne tager beslutninger, som griber ind i barnets liv. Børn skal høres og involveres på en måde, som er behørig for deres alder og udviklingsniveau. Børn har en unik forståelse af deres egne oplevelser, ønsker og præferencer – og deres stemmer kan blive hørt, formidlet og handlet på ved at bruge en inddragende tilgang.

Red Barnet og UNICEF (Lansdown, 2011) definerer inddragelse som en løbende proces, der tillader børn at udtrykke sig om og involvere sig aktivt i beslutningstagning på forskellige niveauer, og i emner, som angår dem. Det kræver vidensdeling og dialog mellem børn og voksne, som er baseret på gensidig respekt; og det kræver at man, med højde for barnets alder og modenhed, tager barnets synspunkter alvorligt.

” *Beslutninger, som baseres på børns egne perspektiver, vil være mere relevante, mere effektive og mere bæredygtige (Lansdown, 2011)*



Skolen er en vigtig arena i elevernes liv. Det er et sted, hvor de opholder sig meget af deres tid, og hvor de skaber og opretholder vigtige relationer. Desuden har de i skolen tiden og rummet til at lære mange værdifulde kompetencer, som de har brug for nu og i fremtiden. Skolen er også en arena, der påvirker elevernes sundhed og trivsel. Derfor er skolen et godt sted at lære eleverne at identificere faktorerne, der hhv. fremmer og hæmmer sundhed og trivsel, og til at sætte mål, planlægge og udvælge aktiviteter med henblik på at udvikle både eleverne og skolen.

Ifølge adskillige reviews (for eksempel Greiber et al., 2012, Mager & Nowak, 2017) gavner det ikke kun eleverne, men også skolen som organisation, at eleverne inddrages i skolens sundhedsuddannelse. Inddragelse fremmer tilegnelsen af sundhedsrelaterede kompetencer, herunder medborgerskab, motivation, handlekraft, ejerskab, selvværd og tro på

egen formåen. Det at gøre ting sammen fremmer relationer mellem lærer og elev, og eleverne imellem, fordi samarbejde fører til bedre kommunikation og forståelse af den andens perspektiv. Desuden bidrager inddragelse i sundhedsfremme til en positiv udvikling af skolekulturen; herunder skolens etos og fællesskabsfølelse.

” Inddragelse giver børn fra forskellige baggrunde mulighed for at kultivere en følelse af at høre til, samt værdier som solidaritet, retfærdighed, ansvarlighed, omsorg og sensitivitet. (Landsdown, 2011)



Hvordan muliggøres inddragelse?

Det varierer fra skole til skole, hvordan elevinddragelse ser ud i praksis. I overensstemmelse med barnets rettigheder bør elever have mulighed for at tage ansvar og udøve indflydelse. Elever kan for eksempel være med til at identificere udfordringer i forhold til trivsel i skolen, og diskutere mulige løsninger på disse udfordringer. De yngste elever kan for eksempel meget generelt beskrive, hvad der skal til, for at man trives i skolen, og give konkrete eksempler på, hvordan skolen kan indrette sig på en måde, som er medvirkende til trivsel. Her er det vigtigt, at skolepolitikker og -praksisser gør plads til elevinddragelse. Ellers risikerer man, at eleverne føler, at de ikke ved, hvordan de skal deltage; at meget allerede er blevet besluttet; eller at der ikke er plads til, at de kan udtrykke deres synspunkter (Väliavaara et al, 2018).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at der er flere forskellige måder at tænke elevdeltagelse på, når man skal vurdere skolens tilgang til det, og udvikle praksisser, som er mere befordrende for aktiv deltagelse.

Oversigten bearbejdet fra Hart, 1998 og Simovska, 2005, illustrerer de forskellige niveauer af deltagelse:

1) Manglende inddragelse: eleverne har ikke lov til at udtrykke egne ønsker og synspunkter. Skolepraksis besluttet og implementeres af voksne.

2) Symbolsk inddragelse: der spørges til elevernes meninger, men der bliver ikke nødvendigvis fulgt op på dem, da det stadig er de voksne, der tager beslutningerne.

3) Konsultation: elevernes synspunkter tages alvorligt, når relevante faktorer skal afdækkes, og når der skal sættes mål og laves handleplaner, men de voksne tager beslutningerne.

4) Indflydelse: eleverne har en reel og aktiv rolle i diskussioner og i at tage beslutninger, men de voksne har det sidste ord.

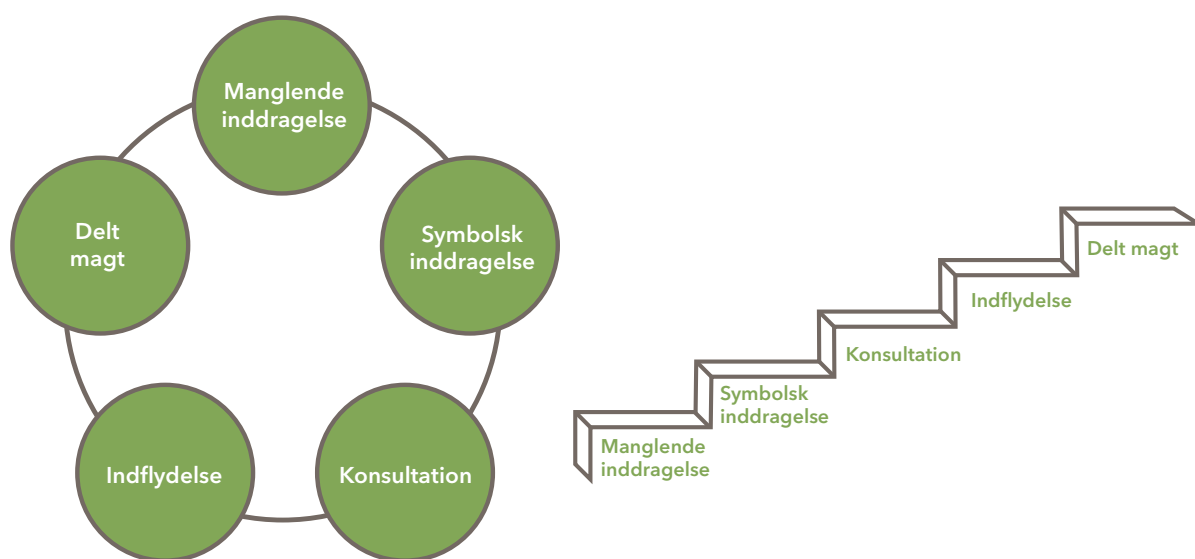
5) Delt magt: eleverne deler magten med de voksne, og beslutninger træffes på demokratisk vis. Eleverne tager desuden ansvar for deres beslutninger på en måde, som er passende for deres alder og udvikling.

De fem niveauer af inddragelse kan tænkes på flere måder. Ved at præsentere de forskellige typer af inddragelse i en cirkel, signalerer man, at hvert niveau er lige vigtigt, og at dét, man vælger, afhænger af, hvad der er mest hensigtsmæssigt i en bestemt situation. Illustrationen af inddragelse som en stige eller en trappe med trin antyder modsat, at der er et hierarki:

det, der ligger lavere i hierarkiet (på lavere trin) repræsenterer mindre avancerede eller mere simple måder at gå til inddragelse på; mens det, der ligger højere i hierarkiet (på højere trin) repræsenterer mere avancerede eller mere komplekse måder at gribe inddragelse an på.

Figur 5.

Cirkulær og trappe illustration af inddragelse
(bearbejdet fra Hart, 1998; Simovska, 2005)



Skoler kan gribe inddragelse an på flere måder. Det, der er vigtigt, er, at alle elever gennem deres skoletid får reelle muligheder for at deltage aktivt på en måde, som er hensigtsmæssig for deres alder. Selv

de yngste elever bør få mulighed for at blive set, hørt og anerkendt som medbestemmende i beslutninger.

Undervisning i sundhedskompetence og handlekompetence

Målet med sundhedsuddannelse er, at elever tilegner sig sundhedskompetence. I dette afsnit beskriver vi de fem aspekter af sundhedskompetence. Der gives eksempler på læringsmål for klassetrinene 1.-2., 3.-6. og 7.-9, med henblik på at hjælpe lærere med at planlægge deres undervisning. Gennem skemalagte aktiviteter kan undervisere understøtte læringen af sundhedskompetence på alle klassetrin i folkeskolen. Derudover diskuterer vi begrebet 'handlekompetence' som en tilgang til sundhedsemner på alle niveauer. Vi introducerer den didaktiske model IVAC, som kan bruges til at udvikle handlekompetence blandt elever: I står for Investigation (Undersøgelse); V for Visioner; A for Action (Handling); og C for Change (Forandring) (Jensen, 1997).

Sundhedskompetence som et udbytte af at lære igennem og om sundhed

Ifølge Nutbeam (2000) er sundhedskompetence forbundet med 'udvikling af personlige færdigheder'. Sundhedskompetence har positive virkninger på sundhed, herunder bedre selv vurderet helbred. Udviklingen af sundhedskompetence kan derfor hjælpe med at mindske ulighed i sundhed blandt børn. Sundhedskompetence understøtter udviklingen af elevernes autonomi, selvstændiggørelse og evne til arbejde for det fælles gode. At lære igennem og om sundhedskompetence er ethvert barns rettighed. Når sundhedskompetence er en integreret del af skolens politikker og praksis, sikrer skolen, at alle elever har mulighed for at tilegne sig og udøve en bred vifte af sundhedsrelaterede kompetencer gennem hele deres skoletid.

Sundhedskompetence, som har mange ligheder med begrebet 'livsfærdigheder', kan defineres som en evne til at forstå sig selv og andre, og verden, på en måde som sætter én i stand til at tage meningsfulde beslutninger i forhold til sundhed. Det indebærer også evnen til at identificere og handle på faktorer, som spiller en rolle for ens egen og andres sundhed og trivsel. Ifølge Paakkari og Paakkari (2012) må elever udvikle en bred vifte af kompetencer for at opnå dette, herunder:

Teoretisk viden

om sundhed og trivsel. Herunder evnen til at navngive, beskrive og huske sundhedsrelaterede emner, principper, begreber og modeller. Den teoretiske viden formidles gennem fx lærer-ledede eller elev-ledede diskussioner i klasseværelset, hvor der trækkes på historier og scenarier fra det virkelige liv. Sundhed

forstås som tværfaglig og flerdimensionel (som illustreret i Figur 4).

Praktisk viden

og færdigheder, herunder intuitiv viden, som er delvist forankret i elevernes egne erfaringer. De praktiske færdigheder kræver, at eleverne kan omsætte teoretisk viden i praksis; og den evne udvikles gennem erfaringsbaseret læring i og uden for klasseværelset. Det kan dreje sig om specifikke færdigheder, som fx at lære at tage sig af personlig hygiejne. Det kan også være mere generelle færdigheder som fx evnen til at søge og finde (sundhedsrelateret) information.

Kritisk tænkning

Individuel kritisk tænkning forudsætter evnen til at behandle viden som noget dynamisk og usikkert, og at påtage sig en undersøgende tilgang til verden. Eleverne bør understøttes i at undersøge sundhedsemner fra adskillige vinkler, både som kritiske borgere og som kritiske forbrugere. Den opgave indebærer, at eleverne søger efter logiske forbindelser, løser problemer, argumenterer for/imod aktuelle problemstillinger, og vurderer troværdigheden af forskellige typer sundhedsinformation ved at trække på redskaber som mind-mapping, problemløsning og gruppearbejde.

Selvindsigt

Selvindsigt er evnen til at se indad, som tillader én at sætte sundhed ind i en personlig ramme, og som giver indsigt i ens egne ønsker, præferencer, styrker og svagheder, værdier og holdninger. Selvindsigt indebærer også evnen til at reflektere over sig selv som elev.

Man kan udvikle sine elevers selvindsigt ved at få dem til at reflektere over emner ud fra deres eget perspektiv, og ved at få dem til at tage kritisk stilling til deres egen måde at tænke og opføre sig på. Det vil samtidig hjælpe eleverne med at forstå andre, og forstå, hvordan andre opfatter dem og deres opførsel. Disse ting er afgørende for, at eleverne udvikler autonomi og en tro på egen formåen.

Medborgerskab

Med medborgerskab forstås evnen til at opføre sig på en etisk og ansvarlig måde. Mere konkret betyder det, at man tager del i at fremme demokrati og det fælles gode, og at man kan indgå i dialog med flere forskellige perspektiver og standpunkter i forhold til et emne. For at udvikle sundhedsrelateret medborgerskab i skolen kræves der læringsituationer, hvor eleverne tvinges til at se udover deres eget perspektiv, og hvor de må overveje konsekvenserne af deres handlinger for dem selv, for andre og/eller for samfundet som hele. For at eleverne får disse kompetencer, er det nødvendigt, at de deltager i aktiviteter,

som udvikler deres evne til at samarbejde med andre, og som træner deres evne til at respektere andres holdninger.

Sundhedskompetence kan og bør udvikles på alle klassetrin, på en alderssvarende måde. Eksemplerne nedenfor viser, hvordan forskellige aspekter af sundhedskompetence kan introduceres gennem folkeskolens forskellige trin.

I 1. og 2. klasse (i 7 til 8-års alderen) lærer eleverne basale sundhedsmæssige færdigheder med udgangspunkt i deres hverdagsliv og umiddelbare omgivelser (se Skema 1). Eleverne møder verden med nysgerrighed, og nogen elementer af medborgerskab er allerede udviklet. Gennem elevinddragelse kan og bør de yngste elever også involveres i at udvikle deres skolemiljøs sundhed og trivsel. Endvidere kan simple spørgsmål om rettigheder og ansvar drøftes med dem.

Skema 1

Eksempler på læringsmål for elever i 1.-2. klasse
(7 til 8-års-alderen; bearbejdet fra De Finske Nationale Undervisningsmål, 2014)

SUNDHEDSKOMPETENCE ASPEKT	STØTTER OG OPFORDRER ELEVERNE TIL...
Teoretisk viden	At benævne og beskrive faktorer, som er vigtige for sundhed og trivsel og de basale nødvendigheder i livet.
Praktisk viden	At øve sig i at samarbejde med andre, at udøve egenomsorg i hverdagen, og at række ud efter hjælp.
Kritisk tænkning	At reflektere over, stille spørgsmål til, og argumentere for forskellige holdninger til sundhedsemner.
Selvindsigt	At overveje, hvad der gør dem glade, triste eller vrede.
Medborgerskab	At deltage i erfaringsbaseret undervisning med andre elever, og samarbejde med skolens ansatte om at fremme sundhed og trivsel i skolen. Det vil samtidig virke styrkende for elevernes respekt for sig selv og andre at arbejde på denne måde.

I 3. til 6. klasse, (i 9 til 12-års alderen) er eleverne modne nok til at arbejde med mere udfordrende temaer. Sundhedskompetence handler blandt andet om at fremme elevernes evne til at reflektere over egen udvikling. På dette alderstrin bør elevernes tænkeevne blive mere kompleks, og fokus bør være på kritisk tænkning og etisk ansvarlighed, herunder

evnen til at tage bæredygtige beslutninger og handlinger. Ligeledes bør eleverne opfordres til at reflektere over, hvordan deres egne beslutninger og handlinger påvirker andre og deres omgivelser. Skema 2 giver nogle eksempler på læringsmålene for undervisning i sundhedskompetence på klassetrin 3-6.

Skema 2

Eksempler på læringsmål for elever i 3.-6. klasse

(9 til 12-års-alderen; bearbejdet fra De Finske Nationale Undervisningsmål, 2014)

SUNDHEDSKOMPETENCE ASPEKT	STØTTER OG OPFORDRER ELEVERNE TIL...
Teoretisk viden	At forstå adskillige aspekter af sundhed, herunder selvudvikling, og vigtigheden af gode sundhedsvaner livet igennem. Eleverne lærer om normal vækst og udvikling for børn og teenagere.
Praktisk viden	At lave rollespil i par eller grupper, hvor der trækkes på historier og scenarier fra det virkelige liv, som kan inspirere eleverne til at udtrykke sig selv og lytte til andre. Eleverne støttes til at bruge deres sundhedsmæssige færdigheder i hverdagen, herunder at genkende, udtrykke og regulere egne følelser.
Kritisk tænkning	At finde frem til pålidelig sundhedsinformation, at udtrykke og argumentere for forskellige synspunkter, og at evaluere synspunkter og kilder til sundhedsinformation på en kritisk måde.
Selvindsigt	At sætte personlige læringsmål og gøre en vedvarende indsats for at indfri dem. Desuden bør eleverne opfordres til at reflektere over egne kompetencer og styrker, og de skal selv identificere de næste skridt i forhold til, hvad der skal læres i forbindelse med det aktuelle emne.
Medborgerskab	At være bevidste omkring miljø, og at engagere sig med deres omgivelser og i deres lokalsamfund, med henblik på at fremme bæredygtig udvikling. Målet er, at eleverne indser vigtigheden af bæredygtig udvikling, både for dem selv, for skolen, for lokalsamfundet, og i en global kontekst.

I 7. til 9. klasse (i 13 til 15-års alderen), bygges ovenpå det, der allerede er lært på 1. til 6. klassetrin. Læringen udvides og fordybes ved at trække på mere avancerede kompetencer (for eksempel mere avanceret tænkning), og derudover læres der nye sundhedsrelaterede kompetencer (Skema 3). Eleverne bør støttes til at udvide deres perspektiv i retning mod det bredere samfund, alt imens de stadig udvikler deres personlige kompetencer. Man bør dis-

kutere etiske spørgsmål, og stille kritiske spørgsmål vedrørende adskillige sundhedsfænomener (her er bæredygtighed fortsat et centralt emne). På dette klassetrin bør der tilbydes flere muligheder for, at eleverne kan være med til at identificere, planlægge, organisere og gennemføre sundhedsfremmende aktiviteter, med fokus på skole-politikker, -praksis og -strukturer, der kan forbedre læringsmiljøet.

Skema 3

Eksempler på læringsmål for elever i 7.-9. klasse

(13 til 15-års-alderen; bearbejdet fra De Finske Nationale Undervisningsmål, 2014)

SUNDHEDSKOMPETENCE ASPEKT	STØTTER OG OPFORDRER ELEVERNE TIL...
Teoretisk viden	At beskrive hvad sundhedsfremme og forskellige aspekter af sundhed betyder, med brug af eksempler. Eleverne arbejder med en værdibaseret tilgang til sundhed og trivsel, og de lærer at forstå sundhed som en vigtig ressource.
Praktisk viden	At identificere forskellige følelser og forklare hvordan disse interagerer med hinanden og påvirker adfærd, samt vigtigheden af at kunne regulere egne følelser. At være løsningsorienteret i konfliktsituationer; at forstå og anvende strategier til at håndtere stress og udfordringer. At udforske begreberne 'grænser' og 'privatliv', og diskutere, hvordan man beskytter dem.
Kritisk tænkning	At vurdere pålideligheden af sundhedsrelateret information, med den forståelse, at adskillige faktorer medvirker til en samlet vurdering af, hvorvidt noget information er troværdigt eller ej. At analysere faktorerne, der er hæmmende eller fremmende for, at man kommer ind i nogle sunde vaner.
Selvindsigt	At være opmærksom på og evaluere egne vaner og valg med hensyn til sundhed og sikkerhed. At reflektere over hvilke ressourcer, der er vigtige for egen sundhed, og hvordan disse ressourcer kan aktiveres. At reflektere over sig selv som elev; at forstå det personlige valg, og hvordan man kan lære og udvikle sig selv ved at sætte sig mål.
Medborgerskab	At analysere konsekvenserne af sund og usund livsstil for sig selv, for andre og for miljøet. At give eksempler på tiltag, der påvirker sundheden i deres umiddelbare omgivelser og i en lokal kontekst. At beskrive måder, man kan beskytte, udvikle og påvirke omgivelserne og lokalsamfundet positivt, og iværksætte disse tiltag i samarbejde med andre. At evaluere effekten af sådanne tiltag på deres skole og/eller i lokalsamfundet.

Skemaet kan bruges til at planlægge undervisningen på en måde, som fremmer elevernes sundhedskompetence. Det er tænkt sådan, at de forskellige aspekter (af sundhedskompetence) læres hen over skoleåret.

I dette materiale vil der ofte refereres til de nævnte aspekter af sundhedskompetence, når der gives eksempler på læringsaktiviteter og læringsmål.

Fra handleerfaringer til handlekompetence

Udviklingen af sundhedskompetence, og særligt medborgerskab, understøttes af erfaringsbaseret læring og af handlingsorienterede tilgange, der udvikler og fremmer elevernes handlekompetence. 'Handlekompetence' betyder evnen til at engagere sig med sundhedsemner på et individuelt, organisatorisk og samfundsmæssigt niveau (Jensen, 1997; Jensen & Simovska, 2005). Et vigtigt aspekt ved handlekompetence er evnen til at planlægge, igangsætte, gennemføre og evaluere initiativer, som kan forbedre sundhed og trivsel i "det virkelige liv". I skolerne betyder det indsætter i klassen, på skolen, i lokalsamfundet og i samfundet mere bredt. Disse indsatser kan være direkte eller indirekte, små eller store, men vil altid arbejde med årsager og rammer for sundhed og trivsel, snarere end individuel adfærd.

Handlekompetence hviler på en vision om et ideelt fællesskab (for eksempel en skole, en klasse, lokalsamfundet eller samfundet som hele), som sikrer alles sundhed og trivsel. Handlekompetence er desuden karakteriseret ved et stærkt engagement, motivation og/eller vilje til at arbejde selvstændigt eller sammen med andre. Handlekompetence handler om at arbejde for, at virkeligheden bringes tættere på idealer (visioner), og at man fastholder sin indsats, selv når der opstår udfordringer.

Med andre ord er det disse dimensioner, der udgør handlekompetence: engagement, viden (om sundhed, men også viden om sig selv og andre mennesker), visioner, handleerfaringer, og vedholdenhed, når man møder udfordringer (Jensen, 1997; Jensen & Simovska, 2005). Elever bør støttes til involvere sig i og arbejde med virkelige sundhedsproblemer, og til at tilegne sig viden om konkrete udfordringer (for eksempel, hvad er det, hvordan er det blevet til, og hvad er de mulige løsninger?). Med den viden kan eleverne skabe en vision for, hvordan situationen ideelt bør være, og få overblik over hvilke midler og muligheder, der står til rådighed, og som kan bruges til at opfylde visionen. Endelig iværksætter elever og skoleansatte sammen sundhedsfremmende ændringer, som de siden evaluerer, med henblik på at planlægge det videre arbejde.

IVAC-modellen (Undersøgelse, Visioner/Mål, Handling, Forandring) er blevet fremsat som et pædagogisk værktøj, der kan hjælpe med at udvikle hand-

lekompetence (Jensen, 1997). Modellens fire faser har mange ligheder med problemorienteret læring og andre undersøgende tilgange til læring. Disse tilgange taler til elevernes naturlige nysgerrighed, og har en undersøgende tilgang til læring, viden, planlægning, ansvar og selvstændighed, og vil arbejde med den virkelige verdens problemer. Men IVAC-tilgangen skiller sig ud ved at iværksætte forandringer i den virkelige verden på en meget tydelig måde. Modellen skal ikke bruges på teoretiske eller tænkte situationer, men på elevernes virkelighed. For eksempel kan den bruges til at skabe forbedringer på den enkelte skole.

Deltagelse er en forudsætning for udviklingen af handlekompetence. Skema 4 illustrerer de forskellige faser, der understøtter læringen af handlekompetence. Lærere, elever og skoleansatte kan bruge skemaet til at vurdere, hvordan deres egen skole bruger elevdeltagelse på forskellige stadier af et projekt. Skemaet kan også bruges til at udvikle skolepraksisser, der sikrer elevdeltagelse fremadrettet.

Skema 4

Grader af inddragelse i projektets forskellige faser (bearbejdet fra Jensen og Simovska, 2005)

PROJEKTETS FASE	A	B	C	D	E
GRAD AF INDDRAGELSE	Valg af tema	Undersøgelse	Visioner/Mål	Handling	Evaluering / opfølgning
Manglende inddragelse					
Symbolisk inddragelse					
Konsultation					
Indflydelse					
Delt magt					

Hvordan kan skoler understøtte læringen af sundheds- og handlekompetence?

Skoler kan være mere eller mindre understøttende for læringen af sundheds- og handlekompetence, afhængig af, hvor meget de forpligter sig på at fremme praksisser, der sikrer disse kompetencer. For at understøtte processen kan følgende spørgsmål (inspireret af Brach et al., 2012; UNESCO, 2005) bruges til at evaluere skolens indsats i forhold til sundheds- og handlekompetence:

1) Er sundheds- og handlekompetence integreret i skolens politikker, mission, struktur og handlinger?

2) Støttes skolens ansatte til selv at udvikle sundhedskompetence? Gøres der en indsats for at udvikle og understøtte de ansattes evne til at lære eleverne sundheds- og kompetence?

3) Lærer alle elever sundheds- og handlekompetence, uanset individuelle forudsætninger? Gøres der en særlig indsats for også at nå dem, der har det største behov? Har undervisningen særligt fokus på handlekompetence?

4) Formidler skolen sundhedsbudskaber på en måde, der er forståelig for eleverne?

5) Har skolen adgang til pålidelig sundhedsinformation, som er formidlet på en måde, der er passende for elevernes udviklingsniveau?

6) Tilbyder skolen livslang læring?

Disse spørgsmål er formuleret for at hjælpe lærere og skoleansatte med at vurdere, hvordan det står til med undervisningen i sundheds- og handlekompetence på deres egen skole. Sundheds- og handlekompetence bør indgå i en hel-skole kontekst, og ikke blot være begrænset til klasseværelsebasert undervisning.



PART III

EKSEMPLER PÅ UNDERVISNINGS- AKTIVITETER

Eksempler på undervisningsaktiviteter

I dette afsnit giver vi eksempler på undervisningsaktiviteter, der understøtter læringen af de færdigheder og aspekter af sundhedskompetence, som vi beskæftigede os med i de to første afsnit. Eksemplerne giver elever mulighed for at være med til at udvikle deres eget skolemiljø gennem sundhedsfremmende aktiviteter. Eksemplerne bør tilpasses elevernes alder, niveau og forudsætninger, og det samme gør sig gældende for undervisningens mål og indhold. Fx forudsætter mange af de foreslåede aktiviteter skrivefærdigheder, men når man arbejder med de små elever eller elever med indlæringsvanskeligheder, kan tegninger eller fotos bruges i stedet for skriveøvelser.

Undervisningsaktiviteterne beskæftiger sig med: elevernes perspektiv på sundhed (Aktivitet 1, 2 og 3); hel-skole tilgangen (Aktivitet 3, 4, 5 og 6); og elevernes eget initiativ og handlekraft (Aktivitet 3, 5, 7, 8 og 9).

Aktivitet 1. Sundhed – hvad er det?

Mål:

At eleverne bliver bedre til at sætte ord på, hvad sundhed er, og kan kategorisere forskellige perspektiver på sundhed baseret på forskelle og ligheder (denne øvelse øger elevernes teoretiske viden og udvikler deres kritiske tænkning).

- Lav en tegning af et barn midt på en tavle eller flip chart.
- Giv hver elev en bunke post-it-sedler. Bed dem om hver især at gøre denne sætning færdig: "Et barn er sundt når..." Hver elev skriver én sætning per post-it-seddel og afleverer mindst tre sedler.
- Sæt eleverne sammen i grupper á 5. De skal nu læse deres sætninger op for hinanden, og opgaven går så ud på, at lignende sætninger skal grupperes sammen på et stort stykke papir. Hver gruppering gives en overskrift (fx fysisk sundhed, mental sundhed, social sundhed, seksuel sundhed osv.)
- Hver gruppe fremlægger deres oversigt for klassen.
- Til sidst diskuterer hele klassen forskellige aspekter af sundhed, samt ligheder og forskelle mellem fx social og mental sundhed. Tag også kulturelle forskelle med i diskussionen.

NB:

Denne øvelse kan også laves med fotos. Fra et udvalg af billeder vælger eleverne hver især ét foto. Til gruppen eller klassen skal eleverne beskrive, hvilken slags sundhed, billedet repræsenterer. Baseret på forskelle og ligheder grupperes billederne, og hver gruppering gives en overskrift.

Aktivitet 2. Sundheds Quiz

Mål:

At eleverne bliver bedre til at beskrive og forklare en række sundhedsrelaterede begreber (denne øvelse øger elevernes teoretiske viden).

Forbered en masse lapper papir, hver med ét ord, der har at gøre med det sundhedsemne, du ønsker, at eleverne skal blive gode til at beskrive og forklare for andre (fx fysisk sundhed, mental sundhed, sundhedsplejerske, deltagelse, sundhedsfremme). Sæt eleverne sammen i grupper á 2-3. Giv hver gruppe en stak papirlapper, som de skal fordele mellem sig uden at se, hvilke ord, der står på lapperne. Hver elev skal nu på tid (ca. 30-60 sekunder afhængig af, hvor mange ord, man skal igennem) forklare deres ord til de andre i gruppen uden at nævne selve ordet. Hvert ord, der gættes rigtigt, inden tiden er gået, udløser et point. Gruppen, der får flest point, vinder quizzen.

Aktivitet 3. Online øvelse: Sundhed og trivsel på vores skole

Mål:

At eleverne får en bedre forståelse af, hvad sundhed og trivsel er (dette øger deres teoretiske viden); at eleverne bliver trænet i både at vurdere eksisterende praksis og udvikle nye idéer (dette udvikler deres kritiske tænkning og medborgerskab); og at eleverne får kompetencerne til at arbejde for forbedringer (dette udvikler medborgerskab).

- Eleverne får til opgave at gå skolens hjemmeside grundigt igennem med henblik på at kortlægge og vurdere skolens politikker, visioner og værdigrundlag, læreplaner for sundhedsuddannelse, eller specifikke ydelser, der har med sundhed eller trivsel at gøre. Del klassen op i fire grupper, og giv hver gruppe ét aspekt af den sundhedsfremmende skole at fokusere på, fx:
 - Skolepolitikker
 - Undervisningsplaner
 - Visioner og værdier
 - Skolens ydelser/tilbud i forhold til sundhed og trivsel
- Bed grupperne om at vurdere: 1) hvordan sundhed og trivsel italesættes på hvert af de forskellige områder (fx i undervisningsplaner) og hvad der evt. mangler, og 2) hvordan området kan udvikles, så det kan blive mere understøttende for sundhed og trivsel.
- Grupperne fremlægger deres analyser for klassen.
- Spørgsmål til diskussion og opsamling i klassen:
 - Hvordan tages der hånd om sundhed og trivsel på vores skole - ifølge skolens hjemmeside?
 - Hvad mangler der?
 - Hvad kan gøres bedre?
 - Få en gruppe elever til at skrive nogle praktiske idéer til forbedringer ned, og send disse forslag videre til skoleinspektøren/ledelsen

Aktivitet 4. Fotohistorier: en tryk og god skole

Mål:

At eleverne kan beskrive de faktorer, der gør en skole tryk (dette øger deres teoretiske viden); at eleverne kan udpege de vigtigste faktorer (dette udvikler deres kritiske tænkning); og at eleverne kan udtænke konkrete planer, der kan skabe forbedringer, samt føre disse planer ud i livet, og evaluere effekten af ændringerne (dette udvikler medborgerskab og handlekompetence).

- Få eleverne til at gå rundt på skolen og tage billeder af steder, de selv synes er trykke, og som de holder af. De skal nu lave en fotohistorie med udgangspunkt i de valgte steder. Anden del af opgaven er, at eleverne gør sig nogle overvejelser omkring skolemiljøet, og skriver tre ting ned, som vil gøre skolen bedre og mere tryk for alle.
- Eleverne deler deres fotohistorier og idéer til forbedringer af skolemiljøet med hinanden i mindre grupper. Gruppens opgave er at diskutere idéerne, og på den baggrund udvælge de bedste.
- Diskutér i klassen, hvilke idéer, der er vigtigst, og hvorfor?
- Til sidst udarbejder klassen sammen med læreren en række forslag til forbedringer, som sendes til skolens ledelse. Dokumentet indeholder en konkret plan og en tidslinje for opfølgning på de indsendte forslag.

Aktivitet 5. Vurdering af skolens miljø: Hvis jeg var minister...

Mål:

At eleverne får en bedre forståelse af, hvad trivsel i skolen er (dette øger deres teoretiske viden); at eleverne kan udpege de faktorer, der forbedrer sundhed og trivsel på deres skole (dette udvikler medborgerskab); at eleverne kan vurdere eksisterende praksis og udvikle nye idéer (dette udvikler deres kritiske tænkning og medborgerskab); at eleverne får kompetencerne til at arbejde for forbedringer (dette udvikler medborgerskab); og at eleverne er med til at iværksætte forandringer på deres skole (dette udvikler medborgerskab og handlekompetence).

Eleverne arbejder hver især på følgende opgave: Forestil dig, at du er uddannelsesminister. Du besøker skoler rundt omkring i Danmark, og skal vurdere, om skolerne er sunde og har glade elever. Hver skole kan få én af disse bedømmelser: 1) skolen er meget sund og eleverne er meget glade, 2) skolen er rimelig sund og eleverne er rimelig glade, 3) skolen er ikke sund og eleverne er ikke glade. Lav en plan for dit besøg på din egen skole med udgangspunkt i følgende spørgsmål:

- Hvilke dele af skolen vil du besøge?
- Hvilke ting vil du tage med i din bedømmelse?
- Hvis du bedømmer skolen dårligt, hvad vil du så foreslå, at der skal gøres ved det?
- Hvordan vil du føre dine idéer til forbedringer ud i livet?

Diskutér idéerne i klassen.

Aktivitet 6: Helskole-miljøet: Hvordan fremmer eller hindrer vores skole sundhed og trivsel?

Mål:

At eleverne kan beskrive de ting, der gør en skole til en sundhedsfremmende skole (dette øger elevernes teoretiske viden); at eleverne kan analysere, hvordan deres nuværende skolemiljø påvirker sundhed, og skabe en vision for, hvordan skolen kan blive et mere sundhedsfremmende miljø (dette udvikler medborgerskab og handlekompetence).

Aktiviteten kan afvikles på flere måder: inden for et enkelt fag over en periode, som et tværfagligt projekt/som del af en emneuge, eller som et fritidstilbud (fx i fritidsordning).

- Forklar eleverne, hvad den sundhedsfremmende skole er (brug Figur 1). Bed eleverne reflektere over den sundhedsfremmende skoles forskellige komponenter (se Figur 1). Understøt evt. deres forståelse af modellen med teori, og inviter til spørgsmål og debat.
- Del eleverne op i grupper á 3. Hver gruppe arbejder med én af komponenterne af den sundhedsfremmende skole, og får til opgave at lave en planche, som illustrerer, hvordan komponenten fremmer og/eller hindrer sundhed på deres skole (fx skolens fysiske rammer: vi har gode udearealer, der indbyder til bevægelse – men et dårligt indeklima osv.) Det er op til eleverne, hvordan de vil lave planchen; de kan bruge fotos, tegninger, tekst eller film (hvis planchen er elektronisk). Bed også eleverne om at forestille sig, hvordan de kunne tænke sig, at skolen burde være i forhold til den komponent, de arbejder med, og få dem til at fremlægge forskelle og ligheder mellem deres vision og den aktuelle situation på skolen.
- Organisér en udstilling af elevernes plancher. Lav et forum, hvor elever, skoleansatte, forældre og samarbejdspartnere kan drøfte, hvordan elevernes overvejelser kan føres videre, så skolemiljøet kan blive (endnu) bedre.

Aktivitet 7: Hvad vil du gøre hvis...?

Mål:

At eleverne bliver dygtige til at tænke forskellige scenarier igennem og er løsningsorienterede (dette øger elevernes praktiske viden).

- Forbered arbejdsark, som skal deles ud blandt eleverne (se eksemplet nedenfor)
- Del eleverne op i grupper á 3. Lad grupperne udfylde arkene sammen.
- Diskutér idéer og handlemuligheder med klassen.

Eksempel på et arbejdsark:

1. Veronika har brækket benet og har ikke været i skole i tre uger. Nu er hun tilbage i skolen. Hvordan kan hun passe på sig selv og samtidig have det sjovt i frikvartererne?

Veronika kan _____

Jeg kan hjælpe hende ved _____

Læreren kan _____

Skolen kan _____

2. Peters mor døde for ikke så længe siden. Nogle gange virker han ked af det, når han er i skole. Hvordan kan vi hjælpe ham?

Klassen kan _____

Jeg kan _____

Læreren kan _____

Skolen kan _____

3. Fatimah og Jesper bliver tit drillet af de andre børn. Hvad kan vi gøre?

Jeg kan _____

Klasselæreren kan _____

Skoleinspektøren kan _____

Eleverne i min klasse kan _____

4. Her er en liste over hvem, der kan hjælpe dig, så du kan være glad og have det godt. Gør sætningerne færdige, og tilføj flere til listen:

Min lærer kan hjælpe mig ved _____

Min klasse kan hjælpe mig ved _____

Skoleinspektøren kan hjælpe mig ved _____

Mine venner kan hjælpe mig ved _____

Min familie kan hjælpe mig ved _____

Aktivitet 8. 'Sundhedsfremmende stemmer'

Mål:

At eleverne involveres i at udvikle et skolemiljø, der er trivselsfremmende (dette udvikler medborgerskab), og at eleverne tilegner sig sundheds- og handlekompetence.

'Voices for Health' er et større projekt, hvor skoleelever arbejder med at udvikle en mere trivselsfremmende skole, og samtidig udvikler deres medborgerskabskompetencer (Boberova et al., 2017). En bearbejdet beskrivelse af projektet, projektets faser, aktiviteter samt læringsmål ses i Skema 5 nedenfor.

IVAC fase	Læringsmål	Spørgsmål til eleverne og til klassen	Læringsaktivitet
Undersøgelse	- At understøtte elev-til-elev læring, idet eleverne deler deres egne perspektiver på sundhed med hinanden, og udforsker faktorerne, der påvirker egen sundhed (dette øger elevernes selvindsigt) - At eleverne sammenholder deres perspektiver på sundhed med andres (dette øger deres teoretiske viden) - At eleverne kan forstå de konsekvenser, deres egen opfattelse af sundhed har for andre (dette udvikler medborgerskab)	- Hvordan vil jeg beskrive min egen sundhed med brug af forskellige tillægsord? Hvordan ser sundhed ud, og hvordan føles det? På hvilke måder påvirker mine vaner min sundhed? - Hvordan påvirker min egen forståelse af sundhed andre? - På hvilke måder adskiller min forståelse af sundhed sig fra mine klassekammeraters? Og på hvilke måder er min og de andres forståelser ens?	Dagbog "Min Sundhed"; Diskussioner i klassen; Fotohistorier (se Aktivitet 4) ; Sundheds 'mapping'
Undersøgelse / Visioner	- At hjælpe eleverne med at udforske, navngive og reflektere over de faktorer i deres skolemiljø, der påvirker deres sundhed - At hjælpe eleverne med at skabe en vision for, hvordan skolen ideelt set burde være, og udarbejde konkrete forslag til forbedringer (dette udvikler medborgerskab, kritisk tænkning, og teoretisk viden) - At eleverne kan bedømme de forskellige forslag fra et personligt såvel som et fælles perspektiv, dvs.; - At eleverne kan skelne mellem, hvad der er godt for 'mig' og hvad der er godt for 'os'	- Hvordan påvirker skolemiljøet vores sundhed? - Hvad er vigtigt for mig/os/andre, nu og/eller i fremtiden? - Hvordan ville den ideelle sundhedsfremmende skole se ud for os? - Hvordan kan vi ændre vores skolemiljø, så det kommer til at stemme mere overens med vores vision? - Hvilke idéer er mulige at føre ud i livet, hvad skal vi prioritere, og hvad bygger vi vores beslutninger på?	Sundheds 'mapping', hvor man inddrager et kort over skolen; Deltagende dialog; Handlingsorienteret skoleprojekt; Debat, skolevalg og beslutninger, der tages i samråd med elever, skoleansatte, forældre, samarbejdspartnere og skoledelen.
Action and Change	- At eleverne deltager i og samskaber planlægningen; - Det hører med hertil, at elevernes handlinger i/på deres skole er etiske (dette udvikler medborgerskab)	- Hvilke ændringer vil medføre gode resultater? - Hvilke konsekvenser vil de fremsatte forslag have? - Hvad skal vi gøre for at lave ændringerne? - Hvilke forhindringer er der i forhold til at lave ændringerne? Hvilke ting kan stå i vejen for at opnå de ønskede resultater? - Hvilke handlinger vil vi tage? - Blev vores beslutninger taget kollektivt? - Er alle involveret i processen, og på hvilken måde er de involveret?	Planlægning og gennemførelse af et handlingsorienteret projekt sammen med skoleansatte og - hvis det er relevant - forældre og lokale aktører.
Evaluation	At eleverne kan evaluere projektet (dette udvikler deres kritiske tænkning og medborgerskab)	- Hvilke forandringer fik vi skabt? - Var de som vi forventede, og/eller skete der ting, som vi ikke havde forventet? - Hvordan påvirker forandringerne vores hverdag? - Hvad er grundene til, at projektet lykkedes/ikke lykkedes? - Hvad kan vi gøre anderledes i fremtiden? - Hvad lærte vi? - Hvad er vores næste skridt?	Diskussioner i grupper og i klassen om de forskellige faser i projektet

Aktivitet 9. Fortællinger, dialog og evaluering

Mål:

At eleverne bliver stærke i at vurdere eksisterende praksis og udvikle nye idéer (dette udvikler kritisk tænkning og medborgerskab); og at de bliver gode til at argumentere for deres egne forslag (dette udvikler medborgerskab).

- Udvælg i samråd med eleverne et emne, I vil arbejde med.
- Giv eleverne tid til hver især at forberede en historie om deres erfaringer med emnet.
- Imens kan du forberede nogle borde, hvor eleverne kan sidde sammen i grupper á 5-10. Læg en bunke papirark i forskellige farver på hvert bord, og sørg for, at der er plads nok til, at eleverne kan stå op og bevæge sig rundt.
- Del eleverne op i grupper og placér dem ved bordene med én voksen facilitator ved hvert bord til en 2-timers workshop.
- Workshoppen starter med, at eleverne fortæller deres historier til gruppen. Gennem spørgsmål og dialog reflekterer gruppen over fortællingerne, og finder forskelle og ligheder mellem dem. Eleverne skriver nøgleord og sætninger ned på de farvede papirark og/eller laver tegninger til at hænge op på væggen.
- For at få det bedst mulige udbytte af workshoppen er det vigtigt, at den voksne facilitator møder eleverne på en empatisk og anerkendende måde, og at alle slags input imødekommes og værdsættes. Det er også vigtigt at stille spørgsmål, der kan facilitere elevernes refleksioner over muligheder for sundhedsfremme. Lærere og elever skal stille sig samtlige af disse spørgsmål:
 - "Hvad?"-spørgsmål (beskrivende)
 - "Hvorfor?"-spørgsmål (forklarende)
 - "Hvad vil det sige?" (sammenfattende)
 - "Hvad så nu?" (handling)
- Hvis dialogen går i stå eller bliver ufokuseret, kan du give eleverne korte pauser med fysisk aktivitet, fx team building opgaver eller lege.
- Når væggen er helt dækket til med papirark, skal eleverne dele papirerne op i kategorier, som gives hver sin overskrift. Eleverne diskuterer sig så frem til, hvad der er mest vigtigt i hver kategori.
- Workshoppen slutter med, at elevernes konklusioner og refleksioner skrives ned. Det kan enten gøres af en elev, der melder sig frivilligt, af to elever, der arbejder sammen, eller af læreren.
- Sammenfatningen af elevernes refleksioner bør danne baggrund for at lave en aftale om forbedringer på skolen.

| Referencer:

Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Others and Stay Well*. New York: Wiley.

Brach, C., Keller, D., Hernandez, L. M., Baur, C., Parker, R., Dreyer, B., Schyve, P., Lemerise, A., & Schillinger, D. (2012). Ten attributes of health literate health care organisations. Washington (DC): Institute of Medicine. Available from:
<https://nam.edu/perspectives-2012-ten-attributes-of-health-literate-health-care-organizations/>

Boberova, Z., Paakkari, L., Ropovik, I., & Liba, J. (2017). Democratic school health education in a post-communist country. *Health Education*, 117(5), 469-484.

Crawford, R. (1977). You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. *International Journal of Health Services*, 7 (4), p. 664-681.

Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalisation of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10 (3), p. 365-387.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for future studies, 1-69.

Finnish National Board of Education (2014). National core curriculum for basic education 2014, Helsinki: Next Print.

Green, J., Tones, K., Cross, R. & Woodall, J. (2015). *Health Promotion: Planning & Strategies*. London: Sage

Griebler, U., Rojatz, D., Simovska, V., & Forster, R. (2017). Effects of student participation in school health promotion: a systematic review. *Health promotion international*, 32(2), 195-206.

Hart, R. A. (1992). Children's participation: From tokenism to citizenship. Report No 5. Florence: UNICEF ICDC.

Jensen, B. B. (1997). A case of two paradigms within health education. *Health education research*, 12(4), 419-428.

Jensen, B. B., & Simovska, V. (2005). Involving students in learning and health promotion processes-clarifying why? what? and how? *Promotion & Education*, 12(3-4), 150-156.

Lansdown, G. (2011). Every child's right to be heard: A resource guide on the UN committee on the rights of the child general comment no.12. London: Save the Children & UNICEF.

Mager, U., & Nowak, P. (2012). Effects of student participation in decision making at school. A systematic review and synthesis of empirical research. *Educational research review*, 7(1), 38-61.

Naidoo, J. & Wills, J. (2016). *Foundations for Health Promotion*. 4th Edition. Elsevier

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.

Paakkari, L., & George, S. (2018). Ethical underpinnings for the development of health literacy in schools: ethical premises ('why'), orientations ('what') and tone ('how'). *BMC public health*, 18(1), 326.

Paakkari, L., & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, 112(2), 133-152.

Raeburn, J. & Rootman, I. (1998). *People-Centered Health Promotion*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.

Simovska, V. (2005). *Learning by InterAction: learning about health through participation and action the health promoting school's perspective*. Copenhagen: Danmarks Lærerhøjskole.

Simovska, V. & Jensen B.B. (2006). *Shape Up Europe: a school community approach to influencing the determinants of childhood overweight and obesity: lessons Learnt*. Barcelona: P.A.U. Education.

Simovska, V. & McNamara, P. (eds.) (2015): *Schools for health and sustainability: theory, research and practice*. Dodrecht: Springer Science + Business Media

UNESCO (2005). *Education for all: literacy for life: EFA global monitoring report, 2006*. Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.

Väliavaara, H., Paakkari, L., Aro, T., & Torppa, M. (2018). Kouluhyvinvointi lasten kokemana [School-wellbeing experienced by students]. *Kasvatus*, 1, 6-19.

Whitelaw, S., Baxendale, A., Bryce, C., MacHardy, L., Young, I., & Witney, E. (2001). 'Settings' based health promotion: a review. In *Health Promotion International*, vol. 16 (4), p. 339-353

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization. WHO/HPR/HEP/98.1.
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO (1991). *Background, Development and Strategy Outline of the Health Promoting Schools Project*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

WHO (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen: World Health Organization.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

WHO (1984). *Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107835/E90607.pdf>

Woodill, G., Renwick, R., Brown, I., & Raphael, D. (1994). Being, belonging and becoming: A new conceptual approach to quality of life among the developmentally disabled. In D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International issues and perspectives* (pp. 57-74). Boston: Brookline Press.

Young, I. & Williams, T. (1989). *The Healthy School*. Edinburgh: Scottish Health Education Group (now HEBS) and World Health Organization Europe

ISBN nr: 978-87-972118-7-8

UNDERVISNINGSMATERIALE FOR LÆRERE (version 1.2.)

Læring om sundhed og sundhedsfremme i skolen

Nøglebegreber og -aktiviteter

Publikationer er forfattet af:

Leena Paakkari, adjunct professor, senior lecturer,
The Faculty of Sport and Health Sciences,
University of Jyväskylä, Finland.

Venka Simovska, professor,
Danish School of Education, Aarhus University,
København, Danmark

Ulla Pedersen, senior lecturer,
University College South Denmark,
Haderslev, Danmark

Anette Schulz, senior consultant,
SHE manager, University College South Denmark,
Haderslev, Danmark

Anerkendelser:

Luís Lopes (Research Fellow, University of Porto),
Jesper von Seelen (Head of Research program,
University College South Denmark) og Suzanne
Hargreaves (Senior Education Officer, Education
Scotland, The Optima)

Udgivet af:

Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE)
Haderslev, Danmark:
Oktober 2019

Publikationen kan findes på:

www.schoolsforhealth.org/resources/materials-and-tools/teachers-resources
(version 1.2)

Hvis du har brug for dialog om sundhedsfremmende skole og dens centrale
koncept og aktiviteter, bedes du kontakte den nationale eller regionale
koordinator i dit land. Han eller hun hjælper dig gerne.

Find dine koordinators her:

www.schoolsforhealth.org/about-us/member-countries

Hvis dit land ikke har en national koordinator, kan du kontakte helpdesk i SHE
-sekretariatet på e-mail: info@schoolsforhealth.org



This report has received funding
under an operating grant from the
European Union's Health
Programme
(2014-2020)



Schools for Health in Europe

www.schoolsforhealth.org