

Sundhedsfremme og forebyggelse

– to forskellige paradigmer?

Bjarne Bruun Jensen

I nutidens debat inden for sundhedsområdet fremstilles sundhedsfremme og forebyggelse ofte som to begreber, der tilhører hvert sit paradigme. I artiklen sættes der spørgsmålstegn ved denne skelnen, og på baggrund af konkrete eksempler lægges der op til en anden forståelse af paradigmediskussionen inden for sundhedsområdet. Indledningsvis gives der en præsentation af den dominerende diskurs inden for diskussionen af sundhedsfremme og forebyggelse. Dernæst præsenteres og indholdsbestemmes en række nøglebegreber, der oprindeligt er udviklet inden for det sundhedsfremmende område. Det drejer sig om begreberne 'deltagelse', 'handling' og 'handlekompetence'. På baggrund af denne præsentation rejses der en diskussion af, hvorvidt disse begreber er anvendelige inden for hele sundhedsområdet, omfattende sundhedsfremme, forebyggelse og behandling.

Sundhedsfremme og forebyggelse i den dominerende diskurs

I den danske diskussion af sundhedsområdet er der en kraftig tendens til at adskille sundhedsfremme fra forebyggelse. Dette ses i såvel officielle dokumenter som i en række debat- og lærebøger inden for området.

Det seneste eksempel er Sundhedsstyrelsens arbejde med at definere en række begreber knyttet til forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed (Sundhedsstyrelsen 2005). I dette arbejde, der er foregået i regi af Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, og hvis udgangspunkt var at udvikle en ensartet terminologi til understøttelse af den elektroniske patientjournal, indholdsbestemmes 38 udvalgte begreber inden for sundhedsområdet. De udvalgte begreber afspejler arbejdets placering i Sundhedsstyrelsen. Under begreberne 'forebyggelse' og 'sundhedsfremme' fremhæves det bl.a. at disse begreber i dag bruges som "...sideordnede for at synliggøre forskellige indsatser for at opnå sundhed" (Sundhedsstyrelsen 2005: 27).

Som citatet understreger, lægges der vægt på at opfatte dem som forskellige, og at denne forskellighed placerer dem som sideordnede begreber (til forskel fra f.eks. det, at det ene begreb var overordnet i forhold til det andet). Med hensyn til forskellen mellem de to begreber fremhæves det for det første, at forebyggelse sigter mod at undgå noget uønsket (ulykker, sygdom m.m.), mens sundhedsfremme i højere grad handler om at fremme den enkeltes sundhed og skabe uligheder for at mobilisere resurser og handlekompetence hos borgere og patienter. Hvad angår den pædagogiske dimension fremhæver dokumentet en klar skelnen, idet der under sundhedsfremme står, at "Sundhedsfremmende indsatser er deltagerorienterede og dialogbaserede og kan være målrettet såvel enkeltpersoner som befolkningsgrupper" (Sundhedsstyrelsen 2005: 49). Til sammenligning nævnes der intet om deltagelse, dialog, brugerinvolvering o.l. i afsnittet om forebyggelse.

Et andet eksempel skal gives fra en af de aktuelle debatbøger om sundhedsfremme; bogen 'Sundhedsfremme i teori og praksis' (Jensen & Johnsen 2000). Bogen har på spændende vis opsamlet erfaringer fra en række kurser med sundhedsprofessionelle om sundhedsfremme og forebyggelse. Konklusionerne samles under en række teser, og under tesen om "sundhedsfremme og forebyggelse" hedder det bl.a., at "Sundhedsfremme og forebyggelse er to forskellige ting. Mål og midler i sundhedsfremme og forebyggelse er forskellige" (Jensen & Johnsen 2000: 7). Videre hedder det:

Arbejdet (med sundhedsfremme) er kort sagt baseret på mulighedstænkning, drevet af håb, domineret af et nedefra-og-op-perspektiv... Arbejdet (med forebyggelse) er kort sagt baseret på risiko-tænkning, drevet af frygt, domineret af eksperter og et oppe-fra-og-ned perspektiv" (Jensen & Johnsen 2000: 7, mine parenteser).

I bogen gøres der desuden opmærksom på, at sundhedsfremme – til forskel fra forebyggelse, der har tendens til at blive et anliggende for eksperterne – er for-

ankret i folks følelser og livsprojekter. Bogen fanger uden tvivl en vigtig tendens i den dominerende tænkning og opfattelse inden for sundhedsområdet, som også illustreres af publikationen fra Sundhedsstyrelsen nævnt ovenfor. På den ene side står sundhedsfremme som en tænkning og en begrebsramme, der handler om deltagerinvolvering og kompetenceudvikling, mens forebyggelse på den anden side drejer sig om eksperternes forsøg på at påvirke/manipulere folks adfærd i den korrekte, sunde retning.

Set ud fra et pædagogisk perspektiv kunne ovenstående indikere et paradigmeskift fra forebyggelse mod sundhedsfremme, altså et paradigmeskifte fra 'top down' mod 'bottom up'. I artiklen her sættes der spørgsmålstegn ved denne skarpe skelnen mellem forebyggelse og sundhedsfremme. Først præsenteres en række nøglebegreber, der primært er udviklet i en kontekst om sundhedsfremme med børn og unge, hvoraf en del af forskningen er udført som forskningsintegreret udviklingsarbejde i regi af projektet 'Den Sundhedsfremmende Skole' (se f.eks. Jensen 2000a). Forskningen peger i summarisk form på værdien af et deltager- og handlingsorienteret approach, der med udgangspunkt i et positivt og bredt sundhedsbegreb sigter mod udvikling af handlekompetence inden for sundhedsområdet.

I det følgende præsenteres begreberne og resultaterne på en måde, så de har relevans for den generelle diskussion af sundhedsfremme. Endvidere vil der under gennemgangen af hvert begreb blive peget på relevansen for sundhedsområdet i bredere forstand, omfattende både sundhedsfremme, forebyggelse og behandling.

Målgruppedeltagelse – et vagt begreb med behov for præciseringer

Inden for dette første begreb kan man konstatere, at der eksisterer generel evidens for, at målgruppens egen involvering øger sandsynligheden for, at der udvikles et ejerskab til det der arbejdes med, uanset om det er et traditionelt sundhedstema som alkohol, eller om det drejer sig om mere generelle aspekter af 'det gode liv' (Jensen 2000a). Og man kan videre konstatere, at et sådant ejerskab – alt andet lige – øger sandsynligheden for, at den pågældende aktivitet sætter sig spor i denne målgruppes tænkning, praksis og handlinger.

På den ene side er dette en vigtig konstatering, som har stor relevans for det sundhedsfremmende arbejde. På den anden side er ovennævnte formuleringer åbne for så store fortolkninger, at udsagnet kun giver begrænset mening og værdi.

F.eks. kan man stille spørgsmål om, hvad der egentlig definerer og konstituerer 'målgruppens egen involvering', hvad det vil sige, at noget 'sætter sig spor hos målgruppen', og om disse dynamikker udvikler sig på samme måde hos forskellige typer af målgrupper.

Den vage og lemfældige brug af ord som deltagelse, involvering, inddragelse, participation, medbestemmelse, tilknytning, deltagerstyring osv. inden for sundhedsområdet har medført et behov for en yderligere præcisering og nuancering af begreberne med henblik på at øge deres anvendelighed. I det følgende præsenteres nogle af de forskningsmæssige systematiseringer og præciseringer, der er udviklet i tilknytning til en række udviklingsprojekter (Jensen 2000b).

Det første handler om begrundelserne for at involvere målgruppen' i de pædagogiske processer. En afsøgning af området peger på, at der ofte fremføres en række forskellige typer af begrundelser. I konkrete sammenhænge kan de være indbyrdes sammenfaldende eller overlappende, men de er forskellige i deres udgangspunkt. Der kan umiddelbart skelnes mellem fire forskellige typer af begrundelser:

1. *En effektivitetsmæssig begrundelse:* Her handler det om argumenter af typen, som blev anført ovenfor: hvis folk involveres, øges sandsynligheden for, at den sundhedspædagogiske intervention sætter sig spor.
2. *En etisk begrundelse:* At folk bør involveres aktivt i at tage beslutninger om noget, der er så vitalt for deres liv, som sundhed er.
3. *En demokrati-opdragende begrundelse:* At folk – via aktiv involvering i beslutningsprocesser – træner og udvikler deres demokratiske færdigheder.
4. *En WHO-relateret begrundelse:* Her tages udgangspunktet enten i WHO's sundhedsdefinition, som bl.a. indeholder en subjektiv, livskvalitets-relateret dimension af det at være sund (WHO 1946), eller i Ottawa Chartret hvor vægten lægges på aktive borgere, der skal være i stand til at påvirke deres egen sundhed og omverdenen (WHO 1986).

De ovennævnte begrundelser bruges i skiftende grad af forskellige interessenter. Sundhedsprofessionelle har eksempelvis tendens til at benytte den første begrundelse om effektivitet, hvor 'deltagelse' ses som midlet til at opnå at allerede fastsat mål (ofte en på forhånd given adfærd).

Skolefolk (og især skoleledere) hæfter sig ofte ved den demokrati-opdragende begrundelse og vægter det, at sundhedsmæssige initiativer spiller sammen med skolens overordnede opgave om at uddanne til demokrati. Dette er derfor en afgørende forudsætning, hvis sundhedsprojekter skal have bare en minimal chance

for at få varigt fodfæste i skolens kultur. Endvidere kan det fremhæves, at dette argument i virkeligheden også kombinerer de to første begrundelser, idet den etiske begrundelse afspejler sig i beskrivelsen af skolens overordnede mål og opgave, mens den effektivitetsmæssige kommer til udtryk ved en forhåbning om, at demokratiske færdigheder bedst opbygges ved at praktisere demokrati.

Endelig er der i hele den internationale bevægelse om sundhedsfremme en tendens til at tage et værdimæssigt udgangspunkt i Ottawa Chartret (WHO 1986). På trods af at dette dokument har små 20 år bag sig, står det stadig som hoveddokumentet inden for international 'Health Promotion'.

Disse forskellige begrundelser udmøntes naturligt i forskellige opfattelser af – eller former for – deltagelse og desuden også i forskellige vægtninger af hvilke spørgsmål, der skal gøres til genstand for målgruppens deltagelse i den sundhedspædagogiske proces.

En række forskere har udviklet forskellige typer af metaforer til at begribe, hvordan deltagelse kan udmøntes. Psykologen Roger A. Hart, der bl.a. er kendt for sit arbejde med 'Childrens' Participation' i en lang række udviklingsprojekter vedrørende miljø og sundhed rundt om i verden, har udviklet en såkaldt 'Ladder of participation' (Hart 1992, 1996), der har fået stor international betydning i professionelle kredse inden for miljø- og sundhedsarbejde. Hans ærinde er ligeledes en udredning og præcisering af selve ideen om begrebet deltagelse, idet han i mange forskellige sammenhænge – i og uden for skoleverdenen – ofte konstaterer, at begrebet misbruges. Hart argumenterer for, at en række aktiviteter, der betegnes som børns inddragelse, ofte ikke har noget med inddragelse at gøre: "Regrettably, while children's and youths' participation does occur in different degrees around the World, it is often exploitative or frivolous" (Hart 1992: 4).

Til analysen opstiller han en stige med 8 trin, der hver især repræsenterer en stigende grad af deltagelse. På de laveste trin af stigen diskuterer han således eksempelvis brugen af børn og unge i konference-paneler, hvor de ofte placeres uden dybest set at vide hvorfor, medens det højeste trin på stigen betegnes som 'Child-initiated, shared decisions with adults'. Hart benævner de tre nederste trin på stigen som 'non-participation' og fremhæver, at der i deltagelsens hellige navn findes langt flere eksempler på projekter, der befinder sig på disse trin, end der findes projekter, der handler om 'genuine participation'.

I modellen nedenfor er der med inspiration fra Hart's stige opstillet fire forskellige kategorier af medbestemmelse (modificeret efter Jensen 2000b). Den nederste kategori afspejler en situation, hvor en given gruppe får mulighed for at tilslutte sig et på forhånd designet projekt, og her begrænser medbestemmelsen sig med

andre ord til et 'take it – or leave it'-koncept. De tre øverste kategorier adskiller sig fra hinanden ud fra kombinationen mellem 1) hvem tager initiativet og spiller ud og 2) hvem tager den endelige beslutning.

Harts stigemetafor indeholder en grundlæggende præmis om, at jo højere på stigen desto mere indflydelse, og jo mere indflydelse desto mere effektive lære- og forandringsprocesser. Modellen her bryder med denne stigemetafor, idet det i en række udviklingsprojekter har vist sig, at den betydende faktor næppe handler om, hvem der tog initiativet, men snarere drejer sig om den efterfølgende proces, der fører frem til en fælles beslutning. Fokus flyttes med andre ord fra 'initiativet' til 'dialogen', hvilket samtidig illustrerer, at alternativet til et 'top down' approach ikke nødvendigvis er et 'bottom up' approach. Desuden vil visse niveauer være bedst egnede til visse typer af projekter i visse sammenhænge, hvilket understreger, at det optimale deltagelsesniveau altid vil være kontekstbundet.

I skoleregii fortolkes og opfattes elevdeltagelse ofte som en situation, der implicerer, at læreren bør holde sig så meget tilbage som overhovedet muligt, hvilket samtidig skaber det problem, at det bliver svært at få fagligheden i spil. Overfor en sådan opfattelse bringer den skitserede kategorisering så at sige læreren (og fagligheden) i centrum igen, men det er som en ansvarlig professionel, der er i stand til at føre en ægte dialog med eleverne. En dialog hvor læreren ikke blot har mulighed for men også pligt til at blande sig med provokerende spørgsmål, med viden, med struktureringer og med egne kommentarer. Men også en dialog hvor den beslutning, der træffes i fællesskab på baggrund heraf, må respekteres af alle parter.

Modellen repræsenterer også en udvidelse i forhold til stigemetaforen på en anden led. Begrundelsen for denne udvidelse er, at et givet projekt ofte vil indeholde så mange faser og grundlæggende forskellige spørgsmål at tage stilling til, at deltagelsesperspektivet bør relateres til disse forskellige spørgsmål særskilt.

Horisontalt er der derfor angivet en række spørgsmål, som et konkret sundhedsfremmende projekt eller arbejde ofte må forholde sig til. Disse spørgsmål kan hver især relateres til de opstillede kategorier for deltagelse, hvorved der peges på det faktum, at det ofte ikke giver mening at beskrive et projekt over en kam ved at sige, at det bygger på den ene eller den anden type af inddragelse. Virkeligheden er langt mere kompleks, og der må skelnes mellem forskellige spørgsmål, som målgruppen i princippet kan tage del i.

Pointen med figuren er at systematisere diskussionen af deltagelse i forhold til et konkret sundhedsprojekt snarere end at angive en egentlig rangorden. Det er altså ikke nødvendigvis bedre at befinde sig i den øverste kategori end i en af de

øvrigt. Endvidere vil man i et konkret projekt skulle forholde sig forskelligt til de spørgsmål, der figurerer på den vandrette linie. Antal og karakter af de opstillede temaer vil naturligvis variere fra projekt til projekt, fra målgruppe til målgruppe og fra professionel til professionel, og det vigtige er derfor at illustrere, at der i relation til forskellige beslutningsfelter i et givent projekt vil knytte sig forskellige typer eller kategorier af medbestemmelse.

	Med i projektet	Undersøg./udredning	Vision/mål	Strategi/handling	Evaluering/opfølgning
4. Målgruppeinitiativ, dialog og fælles beslutninger					
3. Målgruppeinitiativ Målgruppebeslutninger					
2. Konsulentinitiativ, dialog og fælles beslutninger					
1. Konsulent informerer Målgruppe accepterer eller afviser					

Fig. 1. Medbestemmelse: En nuancering i forhold til spørgsmålene 'deltagelse – hvordan?' og 'deltagelse – i forhold til hvad?'.

Hensigten har med andre ord ikke været at opstille en idealmodel for sundhedsfremmende aktiviteter, hvor involvering skal forstås og anvendes på bestemte måder. Det vigtige er derimod snarere at insistere på, at samarbejdspartnerne (som også omfatter målgruppen) bruger tid på at diskutere, hvordan og overfor hvilke spørgsmål og beslutninger de vil arbejde med deltagelsesaspektet. Og her har modellen vist sin styrke og praksisværdi i forskellige sammenhænge.

Endvidere skal det tilføjes, at der med denne matrice ikke samtidig er antydninger af, at ægte deltagelse er ligetil i pædagogisk praksis. Faktisk påpeger flere teoretikere og praktikere, at deltagelse enten ofte bliver solgt under falsk varebetegnelse eller bygger på meget naive forestillinger om, hvorledes omfordelinger af magtforhold (som deltagelse i sidste ende drejer sig om) foretages. Også grænserne for deltagelse er i stigende grad sat på dagsordenen. Disse reaktioner tager til i disse år, hvilket bl.a. understreges med udgivelsen af bøgerne *Participation – the new tyranny* (Cooke & Kothari 2001), *Participation – from tyranny to transformation?* (Hickey & Mohan 2004) og *Critical International Perspectives on*

Participation in Environmental and Health Education (Jensen & Nigel, Reid, Simovska 2005). Projektet RIPEN (Research in Participatory Education Network) som DPU's Forskningsprogram om Miljø- og Sundhedspædagogik koordinerer, er netop udviklet med henblik på at koordinere en række universiteters kritiske pædagogiske forskning inden for dette felt.

Selvom modellen er udviklet i tilknytning til sundhedsfremmeprojekter, er den udviklet videre og taget i brug inden for områder relateret til forebyggelse og behandling. Dette er bl.a. sket af studerende på DPU's masteruddannelse i sundhedspædagogik som led i deres studier og afhandlinger. Eksempelvis er matricen brugt til at indfange og kategorisere sundhedspædagogiske aktiviteter på rygskoler. Inden for denne setting, der både omfatter egentlige behandlingsforløb samt forebyggende aktiviteter, afspejler praksis, at et perspektiv om udvikling af ejerskab hos patienterne er centralt, såfremt aktiviteterne skal have nogen varig effekt. I den forbindelse kan modellen bruges til at kategorisere patientdeltagelsen. I forhold til matricens første spørgsmål (om at medvirke i projektet eller ej) er det normalt patienterne selv, der har taget initiativ til at gå i behandling (deltagelsesform 3). Med henblik på en udredning af, hvad der har bidraget til at skabe det pågældende problem spiller dialogen mellem den pågældende fysioterapeut og patienten en central rolle. Ofte vil den professionelle her komme med spørgsmål og forslag, som danner udgangspunkt for refleksion og fortsat dialog (deltagelsesform 2). Dette fører til opstilling af en vision og et konkret forslag til handlingsplan, hvor patienten – med udgangspunkt i dennes konkrete hverdagskontekst – opstiller forslag til konkrete forandringer, der forebygger fremtidige rygproblemer. Disse forslag kvalificeres i dialogen med den professionelle, inden man ender med i fællesskab at opstille en handlingsplan (deltagelsesform 4).

De samme ræsonnementer, analyser og videreudviklinger er udført inden for områder som f.eks. rygestop, psykisk arbejdsmiljø, mobning, vægttab m.m., og modellen har i disse sammenhænge gjort det muligt at placere og nuancere diskussionen om målgruppetilslutning i forhold til den givne kontekst.

Handleperspektivet

Handlebegrebet er et andet centralt begreb inden for sundhedsfremmeområdet. Inspirationen har bl.a. været hentet fra Ottawa Chartret, hvor sundhedsfremme defineres som (WHO 1986):

... the process of enabling people to gain control over, and improve, their health... an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs and to change or cope with the environment.

I dette dokument lægges der med andre ord op til, at fremme af sundhed er en proces, hvor de pågældende målgrupper spiller en central rolle i iværksættelse af handling og forandring. Sundhedspædagogisk aktivitet inden for denne ramme har med andre ord til formål at støtte udvikling af kompetencer til sundhedsmæssig forandring (af levevilkår og livsstil) hos de involverede målgrupper.

Imidlertid bruges også handlebegrebet ofte upræcist og i flæng med begreber som aktivitet, adfærd m.m. Den sundhedspædagogiske forskning har også i denne sammenhæng ydet et bidrag til en nærmere præcision og systematisering.

Først og fremmest har det været nødvendigt med en præcis definition, der markerer forskellen til såvel aktivitets- som adfærdsbegrebet. En handling skal opfylde 1) at målgruppen selv er involveret i at beslutte at iværksætte den pågældende handling, og 2) at 'det', der sættes i gang, sigter mod at skabe sundhedsmæssig forandring. Det første kriterium adskiller handling fra adfærd (idet en adfærd ændring kunne tænkes at finde sted uden målgruppens egne beslutninger – f.eks. via pres eller manipulation), mens det andet markerer en skelnen til aktivitet (som f.eks. kunne være det at en klasse af elever undersøger, hvordan den menneskelige krop påvirkes af bevægelse og motion – altså en undersøgelse, som ikke i sig selv bidrager til at skabe forandring). En handling er med andre ord intentionel og målrettet (Jensen & Schnack 1994). Herved ses det også, at de to nøglebegreber 'deltagelse' og 'handling' er tæt knyttede til hinanden: Handlinger, som de er defineret her, forudsætter en vis grad af deltagelse fra målgruppen.

En handlingsorienteret pædagogik arbejder med målgruppens egne handlinger som integrerede elementer i den pædagogiske proces, hvilket både bidrager yderligere til målgruppens ejerskab og kompetenceudvikling og desuden til skabelse af sundhedsfremmende forandringer.

Dette handlingsperspektiv rummer imidlertid også en række vigtige udfordringer til den pædagogiske udvikling og forskning. Den vigtigste er, at fokus på handling i praksis har vist sig ofte at implicere et individualistisk perspektiv. I praksis opfattes handling ofte som en aktivitet, der for det første udføres af det enkelte individ og for det andet udelukkende retter sig mod det enkelte individs sundhed i adfærdsmæssig forstand.

Crawford kortlagde og problematiserede i 1977 individualiseringen inden for hele sundhedsområdet, og han lancerede i den forbindelse som en af de første be-

grebet 'blaming the victim' for at rette opmærksomheden mod det problematiske i, at de, der bliver syge, samtidig selv pålægges skylden ('blames') for udviklingen af deres sygdom (Crawford 1977). Også Sylvia Tesh har i bogen *Hidden Arguments – political ideology and disease prevention policy* (Tesh 1990) påvist, at den dominerende ideologi inden for sundhedsområdet gennem det meste af det 20. århundrede var båret af individualisme, og at denne opfattelse direkte blokerer for udvikling af en egentlig politik og pædagogik, der magter at løse de påtrængende problemer inden for sundhedsområdet.

Endelig er det næsten trivielt at påpege, at den socialmedicinske forskning i løbet af de seneste 30 år har leveret dokumentation for, at sundhed og sygdom er socialt forankret og kun forstås ved inddragelsen af dette perspektiv. Og at et adækvat handleperspektiv derfor bør rette sig mod såvel livsstil som levevilkår.

En individuel forståelse af sundhed, årsager og handling er med andre ord udtryk for et bestemt ideologisk udgangspunkt om, at 'Du er din egen sundheds smed'. I lyset af ovenstående er det en af de store udfordringer for nutidens sundhedsprofessionelle at bryde med denne problematiske ideologiske forestilling og i stedet udvikle nye adækvate strategier og pædagogiske approaches. I denne sammenhæng er det derfor paradoksalt, at et af hovedbegreberne i disse nye udviklinger - handlebegrebet - i sig tilsyneladende rummer faren for at cementere forestillingen om, at 'du er din egen sundheds smed!'

Et konkret eksempel kan hentes fra Sundhedsstyrelsens retningslinier for sundhedsplejerskens generelle sundhedspædagogiske indsats i skolen. Her hedder det bl.a., at målet med sundhedsplejerskens arbejde er, "... at barnet... i skoleforløbet gradvist skal lære at tage vare på sin egen sundhed som ung og som voksen" (Sundhedsstyrelsen 1995).

Citatet er på den ene side et eksempel på, at målet er gjort både deltager- og handlingsorienteret. Men samtidig rummer det også et par problematiske forestillinger: For det første mangler det omgivende perspektiv – hvorfor skal barnet ikke lære at tage vare på omgivelser, levevilkår, andre mennesker, socialt miljø m.m., når vi nu ved, at sundhed hænger uløseligt sammen med vore omgivende levevilkår? For det andet er det udtryk for en naiv og utidssvarende forestilling at tro, at nogen – som enkeltindivid - overhovedet er i stand til at tage vare på sin egen sundhed i dagens komplekse samfund. Man behøver ikke tænke længere end til egne forsøg med ændring af spisevaner, rygevaner m.m. for at nå den konklusion, at hvis ikke omgivelserne (f.eks. familien, kammeraterne eller arbejdskollegerne) enten er med i 'projektet' eller i det mindste bakker op, så er chancen for succes meget lille. Citatet illustrerer dermed en fejlfortolket opfattelse af, hvad

sundhedsplejersker i skolen rent faktisk er i stand til at nå – nutidens samfund taget i betragtning.

Eksemplet illustrerer et generelt problem inden for sundhedsområdet: Nemlig det at en bestemt type af løsning, mål eller anbefalet adfærd i sig rummer en ganske bestemt – og ofte implicit – problemforståelse. I tilfældet ovenfor rummer ideen om, at det enkelte barn rent faktisk er i stand til selv at tage vare på sin egen sundhed, implicit en opfattelse af, at vi selv vælger vor sundhed i et kulturelt og socialt vakuum, hvor de omgivende levevilkår ikke tænkes med.

Derfor er målformuleringer, anbefalede råd om sundhed m.m. ofte 'inficeret' med ideologi – og dermed også med en bestemt type af problemforståelse. Det er der i og for sig ikke noget mærkeligt i, men det bør tilstræbes, at denne ideologi og disse grundlæggende værdiforestillinger tydeliggøres. Som Dennis Raphael skriver i sin analyse af sammenhængen mellem ideologi og evidens inden for sundhedsfremme om eksistensen af ideologi og grundlæggende værdier:

This is not in itself problematic. What is problematic is not making explicit the values base underlying health promotion decisions. Ideology leads to concentration upon certain factors, variables or issues and to the exclusion of others... how do health promoters determine what is credible evidence? Do health promoters make decisions on the basis of evidence or on the basis of values? It does not appear that one has to depend on the one or the other; indeed they cannot be separated (Raphael 2000: 362).

Raphael (2000) har endvidere synliggjort problemstillingen om, at der til en given handling hører en bestemt problemforståelse, idet han sammenstiller 10 bud på et sundere liv fra henholdsvis den officielle sundhedsmæssige myndighed i England og fra forskeren David Gordon, Bristol University (fig. 2). De første 10 bud bygger på en forestilling om, at sundhed handler om ændring af livsstil, og at disse ændringer ligger inden for det enkelte individs egen kontrol, mens David Gordons sæt af bud bygger på den antagelse, at sundhed primært påvirkes fra de omgivende levevilkår. Det tankevækkende ved eksemplet er, at Gordons råd tager sig absurde ud, netop når de formuleres i traditionelle individualistiske livsstils- og adfærdstermer. På den måde illustrerer eksemplet, at der til en given problemforståelse hører en bestemt forståelse af handlingsperspektivet og vice versa.

Som modsvar til disse tendenser har det inden for det sundhedspædagogiske område været nødvendigt at udvikle en række modeller knyttet til handlebegrebet, der støtter den professionelle i at overskride det individualistiske perspektiv.

Ten tips for better health (by the health authorities)

- 1) Don't smoke. If you can, stop. If you can't, cut down
- 2) Follow a balanced diet with plenty of fruit and vegetables
- 3) Keep physically active
- 4) Manage stress by, for example, talking things through and making time to relax
- 5) If you drink alcohol, do so in moderation
- 6) Cover up in sun, and protect children from sunburn
- 7) Practice safer sex
- 8) Take up cancer screening opportunities
- 9) Be safe on the roads: follow the Highway Code
- 10) Learn the First Aid ABC – airways, breathing, circulation

Ten alternative tips for better health (by David Gordon)

- 1) Don't be poor. If you can, stop. If you can't, try not to be poor for too long
- 2) Don't have poor parents
- 3) Own a car
- 4) Don't work in a stressful, low-paid manual job
- 5) Don't live in damp, low-quality housing
- 6) Be able to afford to go on a foreign holiday and sunbathe
- 7) Practice not losing your job and don't become unemployed
- 8) Take up all benefits you are entitled to, if you are unemployed, retired or sick or disabled
- 9) Don't live next to a busy major road or near a polluting factory
- 10) Learn how to fill in the complex housing benefit/asylum application forms before you become homeless and destitute

Fig. 2: *Ti bud på bedre sundhed ud fra to forskellige problemforståelser (Raphael 2000: 362).*

Endvidere har det været nødvendigt at problematisere den ofte fremførte dualisme mellem 'individets ansvar' versus 'samfundets ansvar' (fig. 3). Nøglen til denne overskridelse ligger i erkendelsen af, at det er individer, der skaber udviklingen, men at individer – ud over at handle individuelt – også har muligheden for at handle i fællesskab.

Modellen er et eksempel på et af de 'redskaber', der er anvendt i pædagogiske sammenhænge til at nuancere handleperspektivet med henblik på at overskride et individualistisk perspektiv (Jensen 2002). Udgangspunktet er, at individer kan handle alene og i fællesskab, hvor det sidste implicerer, at de har et fælles mål og en fælles forståelse (og ikke nødvendigvis, at de handler på samme tid og sted), og at de kan handle direkte (f.eks. ændre deres egen adfærd) eller indirekte (f.eks.

søge at ændre forholdene på deres arbejdsplads), når de arbejder med sundhedsforhold. Modellen giver dermed fire forskellige handleformer, som i princippet alle i udgangspunktet bør drøftes, når en målgruppe arbejder med at løse et givent sundhedsproblem.

Modellen, der er udviklet inden for det sundhedsfremmende område, har været brugt til at brainstorme og kortlægge mulige handlinger i forhold til et givet sundhedsforhold. Dette er ofte sket ved i et samarbejde mellem den professionelle og målgruppen at udfylde de fire felter med mulige handlinger som udgangspunkt for herefter at vælge og prioritere de handlinger, der skal sættes i gang. Det at have ideer til handlinger i alle fire felter er selvfølgelig ikke i sig selv nogen garanti for, at det individualistiske perspektiv overskrides, men det bidrager under alle omstændigheder med et andet og bredere udgangspunkt. Og problemet kan netop være, at den dominerende ideologi gør os blinde i forhold til et bredere handleperspektiv (Jørgensen 1999):

... vi har mistet blikket for, hvorledes bestemte problemers opståen og hyppigere forekomst kan være forbundet med kulturelle og samfundsmæssige faktorer – og at løsningen af sådanne faktorer derfor må tage udgangspunkt i, hvorledes vi lever vort liv og organiserer vort samfund, som potentielt kunne være anderledes. Poin-

	Direkte	Indirekte
Individuelle	1	2
Kollektive	3	4

Fig. 3: Fire forskellige kategorier af handling som udgangspunkt for udvikling af strategi.

ten er naturligvis ikke, at det skulle være enkelt og ligetil at blive enige om at gennemføre større samfundsmæssige forandringer – men at vi tænker og opfører os, som om vi lever i den eneste mulige verden og det slet ikke kunne være anderledes, hvilket er åbenlyst forkert.

Ovenstående begrebsramme om handlingsperspektivet er udviklet inden for sundhedsfremmeområdet. Imidlertid er der også her mulighed for at anvende rammen inden for både forebyggelse og behandling. Arbejder man f.eks. med et område knyttet til problematikken om forebyggelse af fedme, kan figuren anvendes til at udvikle et bredt spektrum af forskellige handlinger, der kan supplere hinanden. F.eks. vil det at ændre i sine spise- og motionsvaner være eksempler på handlinger, der hører hjemme i figurens felt 1. Det at slutte sig sammen med andre personer, der har samme intentioner, for at inspirere og holde hinanden fast, er en kollektiv handling rettet direkte mod ens egen sundhed (felt 3). Hvis man involverer sig i bestyrelsen for kantinen på arbejdspladsen for at påvirke udbudet af varer i sundere retning, er det et eksempel på en individuel handling, der indirekte sigter mod at forbedre ens sundhed. Endelig vil det at gå sammen med andre om at etablere et motionscenter på arbejdspladsen, som kan anvendes i arbejdstiden, være et eksempel på en fælles handling, der sigter mod at forbedre rammerne for ens sundhed (felt 4).

Sammenfattende peger arbejdet med handlebegrebet, som det er blevet udviklet og præsenteret ovenfor, på, at det kan anvendes af professionelle inden for både sundhedsfremme, forebyggelse og behandling i relation til forskellige sundhedsforhold - sundhedsplejersker, rygestopinstruktører, skolelærere, praktiserende læger, amtslige forebyggelseskonsulenter, 'Sund By'-konsulenter m.fl.

Viden og faglighed

Inden for projektet 'Den sundhedsfremmende skole' har begrebet 'handlekompetence' været det centrale element. I en operationalisering og konkretisering af dette begreb har fokus især været på følgende fire komponenter: 1) viden og indsigt, 2) engagement, 3) visioner og 4) handleerfaringer (Jensen 2000a). I det følgende skal komponenten om 'viden og indsigt' kort omtales.

Indledningsvis må det konstateres, at overvejelser over hvilken sundhedsmæssig viden og indsigt, de sundhedspædagogiske processer skal bidrage til at opbygge hos målgruppen, ofte har været svære at fastholde. Bemærkninger som "... folk jo godt ved, hvad der er sundt og usundt, men de lever jo alligevel ikke efter

deres viden” bruges ofte som argument for at gå andre veje og forsøge at påvirke målgruppen så at sige uden om videnskomponenten.

Imidlertid er det lykkedes at genrejse diskussionen om sundhedsfaglig viden og indsigt inden for den kontekst, som de ‘sundhedsfremmende skoler’ udgør. Projektets overordnede mål om at udvikle målgrupperes handlekompetence har som konsekvens, at den sundhedsfaglige kerne i sin essens skal være handlingsorienteret. En anden måde at sige det på er, at målgrupper skal erhverve sig viden og indsigt, der har betydning for, at de kan gribe forandrende ind i deres liv og deres omverden. Nedenfor præsenteres den model, der har været udviklet til at diskutere og planlægge sundhedsfremmeinitiativer med et fagligt indhold. Modellen illustreres med eksempler, der er hentet fra sundhedsområdet i bred forstand.

Til en start kan fire forskellige dimensioner af en sådan handlingsorienteret viden illustreres ud fra modellen her (fig. 4). Der er her tale om fire forskellige typer – eller dimensioner – af viden.

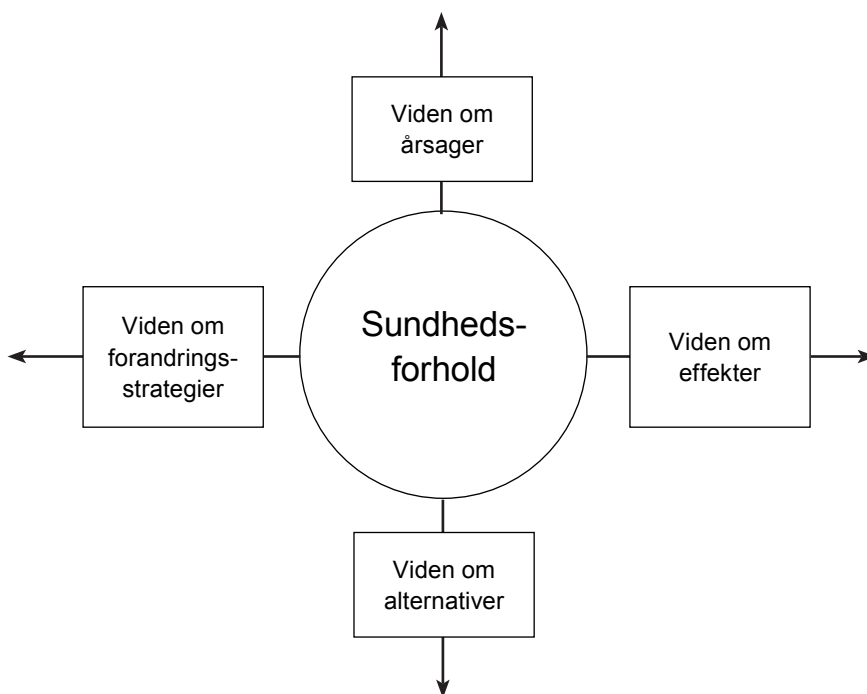


Fig. 4: Dimensioner af sundhedsviden.

Den første dimension handler om forekomst og udbredelse af vore sundhedsproblemer. Det er altså effekten af forhold i miljøet, i vores livsstil, i vores sociale relationer etc. Denne type af viden kan eksempelvis være om konsekvenserne af en given adfærd (f.eks. rygning eller for meget fedt i maden) eller konsekvenserne af den sure nedbør eller den dårlige luftkvalitet i byområder eller på arbejdspladser. I skolesammenhænge kan den dreje sig om, hvilke effekter mobning har på de elever, der mobbes. Denne viden er naturligvis vigtig, idet det er den, der vækker vores bekymring og opmærksomhed, og man kunne hævde, at det er den der danner udgangspunkt for viljen til at handle. Altså kan den være en af forudsætningerne for udvikling af handlekompetence. I sig selv giver den imidlertid ingen forklaring på, hvorfor vi har disse problemer, endsige hvordan vi kan bidrage til at løse dem.

Den anden dimension drejer sig om årsagsdimensionen i vore sundhedsproblemer. Hvorfor og under hvilke forhold bliver vi syge, hvilke faktorer truer vores livskvalitet etc. Med årsager menes der her de grundlæggende, ofte sociale og økonomiske årsager; hvilke forhold i skolen bidrager til, at mobning udvikles, og hvilke forhold ligger bag det, at nogle klasser trives, mens andre ikke gør det? Hvilke forhold i vore levevilkår har betydning for, om et brug af alkohol udvikles til et misbrug? Hvad bidrager til, at en taxachauffør har næsten dobbelt så stor risiko for at dø af en hjertekarsygdom, som en arkitekt har, og hvorfor er arbejdsløshed forbundet med en stærkt forhøjet sygdomsrisiko? Mange strukturer og forklaringer bag den stigende ulighed i sundhed i vor del af verden befinder sig inden for dette felt. Denne viden hører hovedsagelig det antropologiske, samfundsfaglige, sociologiske og økonomiske område til.

Den tredje dimension omfatter selve forandringsaspektet. Det handler både om viden om, hvordan man kan mestre sit eget liv, og hvordan man kan bidrage til at forandre de samfundsmæssige levevilkår. Hvilke psykologiske mekanismer træder i kraft, når man indgår i en gruppesammenhæng, hvor man f.eks. søger at holde hinanden fast på en bestemt måde at leve sit liv på eller måske at ændre sit liv på? Og hvordan kan man gribe sagen an, hvis man ad forskellige veje forsøger at forandre omkringliggende strukturer i skolen, på arbejdspladsen eller i lokalsamfundet? Samarbejdsmodeller og coping-mekanismer hører til her. Hele dette vidensområde er centralt og afgørende for sundhedspædagogisk aktivitet, hvis den skal være handlingsorienteret. Det rummer også viden om, hvordan samarbejde struktureres, hvordan strategier tilrettelægges, hvordan magtforhold udredes og analyseres m.m. Også her er der vigtige vidensfelter, og de hører især samfundsfagene og det psykologiske og socialpsykologiske område til.

Den fjerde og sidste dimension handler om nødvendigheden af at udvikle sine egne visioner. Det er en vigtig forudsætning for viljen og evnen til at handle og forandre, at man har haft reelle muligheder for - og støtte og overskud til - at udvikle og forme sine egne fremtidsforestillinger i relation til eget liv, arbejde, familie og samfund. Viden om andre kulturer og deres måder at håndtere et givent problem i både den nære og den fjerne verden kan være stærke inspirationskilder for disse processer.

Ser man på figuren med de fire dimensioner, vil en traditionel formidling inden for det sundhedsmæssige område blive placeret udelukkende ud af den første dimensionsakse - den om viden om effekter af sundhedsforhold. Inden for denne form for oplysning dominerer den naturvidenskabelige tilgang, og vægten lægges på, at folk især opnår viden om, at vi har store sundhedsproblemer, hvor hurtigt de vokser, hvilken adfærd der leder til øget sygdomsrisiko m.m. En sådan viden er ikke nødvendigvis handlingsfremmende, især ikke hvis den står alene. Derimod kan en sådan viden være stærkt bekymringskabende, og hvis det samtidig er tilfældet, at denne form for viden ikke følges op af viden om årsager og forandringsstrategier, kan den måske være direkte engagementsnedbrydende og herigennem bidrage til handlingslammelse. Grunden til at mange tilsyneladende ikke handler ud fra deres viden, skal formentlig søges i denne problematik og ikke i påstanden om, at viden som sådan ikke spiller nogen rolle for handling.

Der er i dag mere end nogensinde behov for at supplere effektviden med årsagsanalyser og forandringstænkning inden for det sundhedspædagogiske felt. Derfor må hele vidensdimensionen inden for sundhedsfremme, forebyggelse og behandling tænkes grundigt igennem i lyset af et handlings- og forandringsperspektiv, og derudfra må der arbejdes med at udvikle tilsvarende metoder og teknikker. Modellen ovenfor sigter mod at danne et frugtbart udgangspunkt herfor.

Sundhedsfremme og forebyggelse som forskellige paradigmer?

Ovenfor er der undervejs argumenteret for, at de centrale begreber, der er udviklet inden for det sundhedsfremmende arbejde med børn og unge, også er relevant og frugtbart for arbejdet med forebyggelse og behandling. I det følgende præsenteres et par konkrete eksempler, der belyser denne problematik.

Sønderjyllands Amt har som det eneste amt i Danmark haft et netværk af 'Sundhedsfremmende Skoler' gennem en periode på 10 år. Ved afslutningskonferencen i foråret 2005 havde undertegnede til opgave at opsamle og perspektivere den udvikling, som projektet havde gennemløbet. Dette blev bl.a. gjort på baggrund af en analyse af de årlige statusrapporter samt referater fra halvårslige konsulentseminarer fra hele perioden. Denne analyse viste to tendenser. For det første er der i løbet af 10-årsperioden udviklet et sammenhængende bud på pædagogiske elementer, der kendetegner en sundhedsfremmende skole. Summarisk består dette approach af en deltager- og handlingsorienteret tilgang, der sigter mod udvikling af børns og unges sundhedsmæssige handlekompetence.

Samtidig er der en anden tendens, der afspejler udviklingen i det sundhedsbegreb, skolerne har arbejdet med. De første års statusrapporter indikerede projekter med fokus på den velvære-orienterede dimension af WHO's sundhedsbegreb. Projekterne, der gik under betegnelsen 'Ha'-det-godt-heds'-projekter, handlede f.eks. om at ændre klasseværelset eller skolegården, så eleverne syntes, det var et rart sted at være, at udsmykke gangene på skolen etc. I løbet af den 10-årige projektperiode skifter skolernes projekter imidlertid karakter, så de hen mod slutningen af perioden indeholder et bredt udsnit af temaer inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Eksempelvis indeholder statusrapporten for skoleåret 2002/03 emnerne 'tobak', 'trivsel', 'motorik', 'smoke', 'cykelemne', 'venskaber', 'mobning', 'misbrug', 'alkohol', 'seksualitet', 'død og sorg', 'sikker trafik', 'et godt liv', 'sund og sjov uge' og 'mad og måltider' (Sønderjyllands Amt 2003).

Skolerne har gennem perioden med andre ord udviklet et pædagogisk approach om målgruppedeltagelse og -handling, som de efterhånden også er begyndt at anvende i forhold til mere traditionelle forebyggelsestemaer. I begyndelsen af projektperioden var det karakteristisk, at alle de medvirkende følte en stor lettelse ved at slippe ud af et sundhedsbegreb, der i højere grad var præget af sygdom, ulykke og død, og det tankevækkende er, at disse temaer nu tages ind igen under et andet pædagogisk paradigme. I den forbindelse er det et spændende spørgsmål, om det har været nødvendigt at frigøre sundhedsfremmeområdet fra det traditionelle forebyggende område i en periode for at skabe rum for udvikling og afprøvning af andre pædagogiske ideer. Under alle omstændigheder peger dette projekt på, at der kan arbejdes med en række af de samme pædagogiske tilgange inden for sundhedsfremme og forebyggelse, og at forebyggelsen dermed kan profitere af de udviklinger, der er sket i en periode inden for sundhedsfremmeområdet.

Et andet projekt handler om sundhedsplejen i Københavns Kommune. I dette projekt, der både rummer forskning og udviklingsinitiativer, arbejdes der med

udvikling af nye veje inden for sundhedsfremme og forebyggelse. Projektet rummer 3 forskellige faser, og i fase 1 er målet bl.a. at placere sundhedsplejerskers arbejde i spændingsfeltet mellem sundhedsfremme, forebyggelse og behandling (Wistoft & Jensen, Roesen 2005). I denne første del er der bl.a. afholdt workshops, udført interviews og gennemført spørgeskemaer med samtlige 170 sundhedsplejersker. Et par resultater skal nævnes her.

For det første erkender sundhedsplejerskerne, at den dominerende diskurs inden for sundhedsområdet har skilt begreberne sundhedsfremme og forebyggelse fra hinanden. De fremhæver videre, at det betyder, at sundhedsfremme handler om alt det nye, smarte og moderne, mens forebyggelse er gjort til det gammeldags. Diskursen har med andre ord bidraget til en marginalisering af forebyggelsen (Wistoft & Jensen, Roesen 2005: 23): "Forebyggelse har fået en negativ klang, så nu har vi lært, vi skal kalde det sundhedsfremme", og "Forebyggelse er et fy-ord".

Når sundhedsplejerskerne tager udgangspunkt i deres egen praksis, har de imidlertid svært ved at skille sundhedsfremme og forebyggelse (ibid: 22): "I min praktiske verden lapper de to begreber ind over hinanden, og jeg har svært ved at skille dem fra hinanden", og "Det giver mening at forstå begreberne hver for sig, men det er en umulighed at arbejde isoleret med enten forebyggelse eller sundhedsfremme".

Endvidere peger sundhedsplejerskerne på, at begreber som deltagelse og handling er vigtige inden for begge områder (ibid: 49): Jeg kan ikke se det umiddelbart giver nogen forskel, da det at arbejde med forebyggelse og sundhedsfremme griber ind i hinanden i sundhedsplejen, som forhåbentlig bygger på dialog" og "I det daglige tænker jeg ikke så meget over forskellen, men fokuserer på selve deltagelsen".

På baggrund af projektets første fase, hvor der er taget udgangspunkt i sundhedsplejerskernes praksiserfaringer, tegner der sig således et billede af, at forebyggelse og sundhedsfremme – på trods af at de kan have forskelligt sigte - ikke tilhører forskellige pædagogiske paradigmer, og at et begreb som deltagelse er et nøglebegreb inden for begge områder.

Begge de nævnte projekter understøtter således artiklens hovedpointe om, at tiden er inde til en samtænkning af forebyggelse og sundhedsfremme. Også Keith Tones og Jackie Green er i bogen *Health Promotion Planning and Strategies* inde på det problematiske i at udskille og marginalisere forebyggelsen i tidens aktuelle diskussioner om sundhedsfremme (Tones & Green 2004: 23):

However, even though we have argued that a preventive model is inconsistent with the values position of health promotion, we should finish on a word of caution and

not throw the baby out with the bathwater. Rejection of the preventive model does not necessarily imply rejection of the need for biomedical knowledge or appropriate preventive action.

I forlængelse af citatet ovenfor har det nødvendige opgør med forebyggelsen bestået i en kritik af en bestemt form for forebyggelse – en form, der udelukkende bestemmes og styres af eksperter, udelader målgruppens egne værdier og holdninger og fokuserer på folks adfærd isoleret fra de omgivende kulturelle, sociale, økonomiske og fysiske rammer. Dette må ikke forveksles med en kritik af og afstandtagen fra forebyggelse per se. Eksempelvis er der vel ikke noget til hinder for at arbejde med forebyggelse, hvor man knytter aktiviteterne til folks egne følelser, hvor man sigter mod udvikling af viden, meningsfuldhed, empowerment og handlekompetence, og hvor sygdoms eksperter og deres viden indgår, når det er relevant i de pågældende forløb.

Derfor er der i artiklen peget på en række begreber, som kan finde anvendelse inden for både forebyggelse og sundhedsfremme. Imidlertid er det afgørende, at en operationalisering af de forskellige begreber finder sted i tæt dialog med de professionelle, der arbejder i den setting, der er i spil. De nuanceringer og præciseringer, der er givet ovenfor, kan forhåbentlig danne udgangspunkt herfor.

Litteratur

- Cooke, Bill & Uma Kothari (red.) 2001 *Participation – the new tyranny?* London: Zed Books.
- Crawford, Robert 1977 You are dangerous to your health: the ideology and politics of victim blaming. I: *International Journal of Health Services* 7 (4): 663-80.
- Hart, Roger A. 1992 *Children's participation: from Tokenism to Citizenship*. Firenze, Italien: UNICEF International Child Development Centre. Spedale degli Innocenti.
- 1996 *Childrens' participation. The theory of involving young citizens in community development and environmental care*. London, UNICEF: Earthscan Publications.
- Hickey, Samuel & Giles Mohan (red.) 2004 *Participation. From Tyranny to Transformation?* London: Zed Books.
- Jensen, Bjarne Bruun 2000a *Handling, læring og forandring – beretninger fra 'Den Sundhedsfremmende Skole*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning.
- 2000b Medbestemmelse, involvering og sundhedsviden - udfordringer til sundheds-pædagogikken. I: *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* 16 (2): 54 - 71.
 - 2002 Knowledge, Action and Pro-environmental Behaviour. I: *Environmental Education Research* 8 (3): 325-34.
- Jensen, Bjarne Bruun & Jutta Nigel; Alan Reid; Venka Simovska (red.) 2005 *Critical International Perspectives on Participation in Environmental and Health Education*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag (under udgivelse).

- Jensen, Bjarne Bruun & Karsten Schnack 1994 *Action and Action Competence as Key Concepts in Critical Pedagogy*. København: Danmarks Lærerhøjskole.
- Jensen, Torben K. & Tommy J. Johnsen 2000 *Sundhedsfremme i teori og praksis – en lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser*. Ringkøbing amt: Sundhedsfremmeafdelingen.
- Jørgensen, Carsten René 1999 *Globaliseringsidentitet*. Politikens kronik 16. maj 1999.
- Kuhn, Thomas 1995 *Videnskabens revolutioner*. København: Fremad.
- Raphael, Dennis 2000 The question of evidence in health promotion. I: *Health Promotion International* 15 (4): 355-67.
- Sundhedsstyrelsen 1995 *Forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Retningslinier*. København: Komiteen for sundhedsoplysning.
- Sundhedsstyrelsen 2005 *Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed*. København: Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.
- Sønderjyllands Amt 2003 *Den Sundhedsfremmende Skole i Sønderjyllands Amt. Status for skoleåret 2002/2003*. Åbenrå: Sønderjyllands Amt, Sundhedsforvaltningen.
- Tones, Keith & Jackie Green 2004 *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage Publications.
- Tesh, Sylvia 1990. *Hidden arguments: Political ideology and disease prevention policy*. New York: Rutgers University Press.
- WHO 1946 *Constitution*. Geneva: World Health Organisation.
- WHO 1986 *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: World Health Organisation.
- Wistoft, Karen & Bjarne Bruun Jensen; Jette W. Roesen 2005 *Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedsplejen*. København, Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.