



Sundhed og handlekompetence i madkundskab

Navn:	Mette Højland
Studienr.:	A120102
Fag:	Hjemkundskab/madkundskab
Faglig vejleder:	Camilla Damsgaard
Pædagogisk vejleder:	Gitte Krag
Antal sider i alt, excl. forside	Antal sider i alt, excl. forside: 52 sider Antal sider i alt, excl. forside, indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag: 35 sider (90.955 tegn) Bilag i alt: 10 sider (18.748 tegn)
Titel på bacheloropgaven (kommer til at stå på eksamensbevis)	Sundhed og handlekompetence i madkundskab
“Min opgave må senere benyttes til undervisnings- og/eller udviklingsformål” Accept ved min underskrift	

Indholdsfortegnelse

Indledning	2
Problemformulering	3
Metode	3
Hvad er sundhed?	6
Danske elevers sundhed	7
Sundhedsfremmende undervisning i folkeskolen	10
Handlekompetence som demokratisk dannelsesideal	12
Sundhedsfremmende undervisning i madkundskab	15
Demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning	16
Udfordringer i en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning	19
Elevernes udvikling af handlekompetence	28
Konsekvenser for en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning	31
Konklusion	35
Litteratur	37
Bilag 1: Undervisningsplan for madkundskab valghold	43
Bilag 2: Uddrag fra spørgeskema II	48
Bilag 3: Uddrag fra interviewguide til individuelt interview	50
Bilag 4: Elevopgave – Sunde måltider på skolen	51

Indledning

Hvad vil det egentlig sige at være sund? Og hvad forstår elever ved begrebet sundhed? Hvis du spørger eleven Elise, så er sundhed ”..*motion og sund mad..*”. Hvis du derimod spørger eleven Anders, så er sundhed noget mere, ”..*det er tanken om at leve sundt både fysisk og psykisk*”. Citaterne peger på sundhedens komplekse karakter, som ifølge Verdenssundhedsorganisationen ikke kun er fravær af sygdom og skrøbelighed men også en tilstand af fuldstændig fysisk, social og mental velvære. (World Health Organization 2016) Men hvordan ser danske elevers sundhedstilstand ud? Skolebørnsundersøgelsen fra 2014 viser bl.a., at omkring hver tiende af de 13- og 15-årige elever er overvægtige eller svært overvægtige. Blandt eleverne ses desuden en tendens til en social ulighed i sundhed. (Rasmussen, Pedersen & Due 2015: 8 & 31) Der findes således elever, hvis nuværende og fremtidige sundhed og livskvalitet er stærkt truet, og befolkningens sundhed anses da også som værende en af de største sociale udfordringer i det 21. århundrede. (Nordin, Madsen & Simovska 2015: 173)

Indenfor de sidste 20-25 år har en setting-tilgang præget det sundhedsfremmende arbejde. Denne tilgang flytter fokus fra individuel livsstil til miljø og hverdagsliv, og gennem miljømæssige og strukturelle tiltag i eksempelvis skolen kan elevers sundhed fremmes. (Simovska, Pedersen, Jensen & Broström 2015: 21) Sådanne tiltag kan imidlertid ikke stå alene, hvis elever skal blive i stand til selv at kunne fremme sundhed. Derfor kommer sundhedsundervisning til at spille en afgørende rolle i sundhedsfremme, og med det obligatoriske emne sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab sættes sundhed på skoleskemaet i folkeskolen. (Sørensen & Koch 2009: 12-13) Formålet med dette emne er netop, at elever udvikler ”.. forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed” (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014a). Eleverne skal således udvikle deres *handlekompetence*. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014b) Ifølge Bjarne Bruun Jensen er handlekompetence ”..noget man handler sig til” (Jensen 2007: 25), og dette får konsekvenser for måden, hvorpå skolens sundhedsundervisning gennemføres.

Som kommende madkundskabslærer i folkeskolen giver ovenstående betragtninger mig anledning til at ville undersøge følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvorfor undervise sundhedsfremmende i folkeskolen? Hvordan undervise sundhedsfremmende i madkundskab, således eleverne udvikler handlekompetence i relation til sundhed?

Af hensyn til opgavens omfang vil jeg i min undersøgelse ikke beskæftige mig med sundhedspolitiske tiltag i skolen samt diskutere skolens ansvar i forhold til at løse samfundets sundhedsmæssige problemstillinger. Endvidere vil jeg ikke inddrage, hvilken betydning elevers sociale baggrund kan have for deres forudsætninger for deltagelse og læring i undervisningen. Min opgave vil tage udgangspunkt i generelle sundhedspædagogiske perspektiver, og den vil i mindre grad være præget af madkundskabs særlige kendetegn og rolle i forhold til sundhedsundervisning og udvikling af handlekompetence.

Metode

Denne opgaves videnskabsteoretiske udgangspunkt er hermeneutisk. Undersøgelsen tager således udgangspunkt i min forforståelse, viden og teoretiske indsigt, og denne vil derfor præge opgavens indhold og retning. For at opnå en helhedsorienteret forståelse af problemstillingen, præges undersøgelsesprocessen af en vekslen mellem forståelse af enkeltdele til forståelse af helheden og omvendt. (Guldager 2015: 117-120)

For at præcisere hvilket sundhedsbegreb denne opgave samt skolens sundhedsundervisning tager udgangspunkt i, vil det første afsnit præsentere forskellige forståelser af begrebet sundhed. Med udgangspunkt i Skolebørnsundersøgelsen 2014 og egen empiri undersøges herefter elevers sundhed, hvorved der identificeres et behov for at undervise sundhedsfremmende i folkeskolen. Idet der ses en social ulighed i elevers sundhed, vil Pierre Bourdieus begreber felt, kapital og habitus blive inddraget for at give en mulig forklaring på denne tendens.

For at undersøge hvilken rolle sundhedsfremmende undervisning i folkeskolen spiller indenfor fremme af sundhed, følger et afsnit om sundhedsfremme, skolen som setting samt dens sundhedsundervisning. Endvidere præciseres det, at skolens sundhedsundervisning sigter imod udvikling af elevernes sundhedsmæssige handlekompetence. For at forstå dette begreb inddrages Karsten Schnacks perspektiv på handlekompetence som et demokratisk dannelsesideal samt Bjarne Bruun Jensens konkretisering af begrebet i relation til sundhed. Med udgangspunkt i handlekompetencebegrebet følger herefter en analyse af madkundskabs formål

med henblik på at undersøge, om der findes begrundelser for at undervise sundhedsfremmende i faget. Endvidere beskrives kort, hvad der karakteriserer indholdet af den sundhedsfremmende undervisning i faget.

For at undersøge hvordan læreren kan undervise sundhedsfremmende, således eleverne udvikler handlekompetence, beskrives undervisningsmetoden IVAC. Udvikling af handlekompetence implicerer en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning, og IVAC-metoden er netop et eksempel på en sådan tilgang. Jeg afprøvede derfor denne metode i min praktik, og gennemførelsen heraf vil derfor kort blive beskrevet. Endvidere identificeres udfordringer ved undervisningens gennemførelse, og forskellige elevdeltagelesformer beskrives, idet disse senere anvendes analytisk. For at forstå og dermed bedre kunne mindske de oplevede udfordringer analyseres disse. Her inddrages sundhedspædagogisk teori om betydningen af handlerum, engagement, indsigt, visioner, interrelationel viden og medbestemmelse. Endvidere anvendes teori om læringsmiljø og motivation. Undervejs inddrages relevant empiri. Da formålet med undervisningen er udvikling af elevernes handlekompetence, følger med udgangspunkt i empirien en vurdering af elevernes udvikling heraf. Til slut peges der på, hvad læreren kan gøre for at mindske de oplevede udfordringer, således det i højere grad kan lykkes at undervise sundhedsfremmende og udvikle elevernes handlekompetence.

Min undersøgelse tager udgangspunkt i min praktik på en folkeskole i efteråret 2015. Her underviste jeg sammen med Linea Frandsen (studienummer A120075) et valghold i madkundskab. Min empiriindsamling er derfor gennemført i samarbejde med Linea. Holdet bestod af 23 elever fra 7.-9. klasse. Igennem seks uger underviste vi indenfor temaet sundhed (se undervisningsplan i bilag 1). Her arbejdedes med begrebet sundhed, skolens sundhedspolitik, økologi i relation til sundhed, kostmodeller samt fremstilling og sundhedsanalyse af klassiske og ernæringsforbedrede boller. Det overordnede formål var, at eleverne skulle udvikle deres sundhedsmæssige handlekompetence. Derfor afprøvedes IVAC-metoden i de sidste tre uger af forløbet, hvor eleverne skulle fremstille et sundt skolemåltid samt styrke sunde måltider på skolen. Det er særligt denne del af undervisningen, der vil være i fokus i opgaven. Af hensyn til elevernes anonymitet vil de i opgaven have fiktive navne.

For at undersøge elevernes sundhed observeredes nogle af deres spiseafviklinger. Observationerne fokuserede på madpakkernes indhold som indikator på elevernes sundhed. Endvidere gennemførtes deltagende observationer i undervisningen for at undersøge elevernes handle-

kompetence, samt hvordan undervisningen udspillede sig. Observationer giver nemlig mulighed for at følge en social praksis, imens den finder sted og er velegnet til at undersøge, hvad mennesker gør. Der var fokus på, hvorledes eleverne udtrykte handlekompetencens dimensioner indsigt, visioner, engagement, handleerfaringer og kritisk sans. Endvidere var der fokus på elevernes deltagelse samt udfordringer, som opstod undervejs. Det kan dog være svært at undervise og observere undervisningen samtidig. Derfor observerede både Linea og jeg, og nogle gange suppleredes observationerne med lydoptagelser, således den efterfølgende skriftlige rekonstruktion kunne blive mere detaljeret og præcis. Endvidere vil observationer aldrig være ”rene”, hvorfor elevernes oplevelse af undervisningen undersøgtes via spørgeskema, logbog samt fokusgruppeinterview. (Bagger & Boding 2010: 46-50; Szulevicz 2015: 92-95)

For at undersøge dele af elevernes sundhed og handlekompetence, syn på sundhed samt forståelse af begrebet gennemførtes en spørgeskemaundersøgelse. Undersøgelsen blev foretaget før og efter undervisningsforløbet, således en mulig udvikling af elevernes handlekompetence kunne identificeres. I spørgeskema II skulle eleverne endvidere vurdere undervisningen, deres udbytte samt medbestemmelse (se uddrag fra spørgeskema II i bilag 2). Spørgeskemaet bestod af en kombination af lukkede og åbne spørgsmål. De lukkede spørgsmål gør det muligt at sammenligne og generalisere elevernes besvarelser. Lukkede spørgsmål kan dog begrænse informationerne, hvorfor disse kombineredes med åbne spørgsmål, som i højere grad giver mulighed for at nuancere og forstå elevernes besvarelser. (Harboe 2010: 71-74) Spørgeskemaets udformning var inspireret af undersøgelsen *Unge tanker om ulighed, sundhed og handling for sundhed*. (Jensen & Jensen 2005: 177-190) 20 elever besvarede spørgeskema I, mens 19 besvarede spørgeskema II.

For at få en mere nuanceret forståelse af elevernes handlekompetence, syn på sundhed samt forståelse af begrebet undersøgt disse også via semistrukturerede individuelle interviews. Interviews er karakteriseret ved åbne spørgsmål og er netop velegnede til at søge viden om menneskers holdninger, erfaringer og forståelser. Efter undervisningsforløbet afslutning gennemførtes interviews med tre elever, der vurderedes at være repræsentative for elevgruppen. Interviewet tog udgangspunkt i en interviewguide, som på den ene side skulle medvirke til at fastholde interviewets formål og samtidig give plads til fleksibilitet og dialog om elevernes individuelle indfaldsvinkler (se uddrag fra interviewguide i bilag 3). (Harboe 2010: 75-78; Tanggaard & Brinkmann 2015: 31-41 & 52)

Efter forløbets afslutning gennemførtes et fokusgruppeinterview med de tre elever for at undersøge deres kritiske sans samt oplevelse og vurdering af undervisningen og deres udbytte heraf. Fordelen ved denne type interview er, at eleverne kan minde hinanden om hændelser i undervisningen og supplere hinanden. Ulempen er, at der er risiko for, at én dominerer eller gruppepres kan opstå, således eleverne ikke udtrykker deres egen mening. Ved gennemførelsen oplevedes dog ingen tydelig dominans, og interaktionen imellem eleverne var begrænset, hvilket kan skyldes, at gruppen var for homogen. Interviewet blev nærmere et gruppeinterview. Dette kan skyldes, at flere af spørgsmålene i interviewguiden i mindre grad lagde op til diskussion, hvilket netop er et fokusgruppeinterviews kendetegn. Spørgsmålene lagde nærmere op til elevernes egen vurdering og oplevelse af undervisningen og mindede således om spørgsmålene i enkeltinterviews. Som tegn på elevernes kritiske sans skulle de dog også diskutere nogle udsagn. (Bagger & Boding 2010: 54-55; Halkier 2015: 140; Harboe 2010: 79-81) Den valgte interviewmetode viste sig altså at passe mindre godt til det samlede formål.

Undervisningen og elevernes læring evalueredes gennem logbøger. Her skulle eleverne besvare følgende spørgsmål: *Hvad har du lært – nævn 3 ting?, Hvad synes du var svært? Hvad vil du gerne lære mere om?* Herved får eleverne mulighed for at reflektere over egen læring. Endvidere får læreren et indblik i elevernes udbytte samt oplevelse af undervisningen, hvorved læreren kan justere undervisningen fremadrettet. (Heckmann 2013: 79-81) Logbogen blev således også et redskab til at identificere udfordringer i undervisningen.

Hvad er sundhed?

Sundhed er ikke et entydigt begreb, og der hersker derfor forskellige opfattelser af, hvad sundhed er samt hvilke faktorer, der påvirker sundhed. (Sørensen & Koch 2009: 20)

Opfattes sundhed udelukkende som fravær af sygdom, er der tale om et *negativt* sundhedsbegreb. Et *positivt* sundhedsbegreb er derimod mere omfattende og indbefatter ikke kun fravær af sygdom men også en tilstedeværelse af fysisk, psykisk og social velvære samt livskvalitet, hvorved sundhed også får en subjektiv dimension. Endvidere skelnes imellem en *snæver* og en *bred* forståelse af hvilke faktorer, der påvirker sundhed. Et *snævert* syn henviser til, at årsagen til sundhed skyldes den enkeltes livsstil. Et *bredt* syn på sundhed inkluderer derimod både livsstil og levevilkår som faktorer, der påvirker sundhed. (Jensen 2000: 7-8; Jensen & Jensen 2005: 53-55)

Ifølge læseplanen for emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab skal undervisningen bygge på et bredt og positivt sundhedsbegreb. (Undervisningsministeriet 2014: 4, 7 & 10) Denne opgave vil derfor også tage udgangspunkt i dette sundhedsbegreb. Sundhed handler således både om forebyggelse af sygdom samt fremme af fysisk, social og psykisk velvære, og såvel levevilkår som livsstil anses som faktorer, der påvirker sundhed. (Sørensen & Koch 2009: 21)

Danske elevers sundhed

Med henblik på at få indsigt i danske elevers sundhed præsenteres i det følgende udvalgte resultater fra egen empiri samt fra Skolebørnsundersøgelsen 2014, som undersøger 11-, 13- og 15-årige elevers sundhed, trivsel og sundhedsadfærd. (Rasmussen et al. 2015: 2). Formålet er at undersøge behovet for en sundhedsfremmende indsats og dermed sundhedsundervisning i folkeskolen.

For at få et indblik i elevers sundhed og sundhedsadfærd, vurderede eleverne i praktikken i spørgeskema I følgende: *"Synes du, at du lever et sundt liv?"*. Hertil svarer 25 %, at de lever meget sundt, 65 % at de lever sundt, mens 10 % vurderer, at de ikke lever særlig sundt. Ingen af eleverne vurderer, at de slet ikke lever sundt. Flere af eleverne begrundede med henvisning til deres livsstil, at de lever sundt, idet de eksempelvis *"...spiser sundt og dyrker sport"*. Ud fra udsagnene kan det dog ikke siges, om eleverne spiser sundt og er fysisk aktive i overensstemmelse med officielle anbefalinger. Flere af eleverne inkluderer endvidere sundhedens psykiske og sociale dimension som begrundelse for, at de lever sundt: *"...jeg har det godt"* og *"Jeg har nogle rigtig gode venner..."*. Størstedelen af eleverne vurderer altså, at de lever et sundt liv, men hver tiende elev vurderer dog, at de ikke lever særlig sundt.

Som indikatorer på elevernes livskvalitet undersøger Skolebørnsundersøgelsen elevernes oplevelse af en række fysiske og psykiske symptomer på ubehag. Undersøgelsen tegner her et billede af nogle piger, som ikke trives, idet 24-37 % af pigerne ugentligt oplever hovedpine, og 35-38 % oplever at være ked af det mindst en gang om ugen. (Rasmussen et al. 2015: 22-23) Endvidere vurderer hver tiende elev sin egen livstilfredshed som værende lav, hvilket kan ses som et udtryk for lav livskvalitet. (Rasmussen et al. 2015: 35)

For at få et indblik i elevers kostvaner og dermed sundhed observerede jeg i praktikken nogle af elevernes madpakker. Ifølge Fødevarestyrelsens brochure *Gi' madpakken en hånd* skal en sund madpakke indeholde brød, grønt, pålæg, fisk og frugt. (Fødevarestyrelsen 2013)

Her observeredes eksempler på usunde madpakker som ”..en chokoladebolle, en lys bolle og en chokolade-snack” og sundere madpakker som ”..rugbrød med leverpostej og agurk samt rugbrød med kødpålæg og tomater”. Selvom de fleste af elevernes madpakker levede op til flere af Fødevarestyrelsens råd, var der ingen, som levede op til dem alle. Det er dog muligt, at elevernes samlede madpakke for hele dagen eller på andre dage ville leve op til anbefalingerne. Samtidig viser observationerne kun et øjebliksbillede af elevernes kost, hvorfor der ikke kan drages konklusioner om elevernes samlede kostvaner. Elevers kostvaner er ligeledes undersøgt i Skolebørnsundersøgelsen, som peger på, at omkring 70-80 % af eleverne dagligt spiser frugt og/eller grøntsager. Der er således også en del elever, som ikke lever op til anbefalingerne om et dagligt indtag af frugt og grøntsager. Herudover indtager 16 % af de 13- og 15-årige dagligt slik og chokolade. (Rasmussen et al. 2015: 76-79)

Skolebørnsundersøgelsen peger endvidere på, at der indenfor flere områder af elevers sundhed ses en sammenhæng med deres sociale baggrund, således ugunstige indikatorer på sundhed og sundhedsadfærd ophobes i lavere socialgrupper. Undersøgelsen viser eksempelvis, at der blandt eleverne i de lavere socialgrupper ses en ophobning af uhensigtsmæssige kost- og motionsvaner. Der ses dermed en tendens til en ulige fordeling af sundheden, hvor elever fra lavere socialgrupper oftere har en ringere sundhed end elever fra højere socialgrupper. (Holstein 2015: 147-148; Rasmussen et al. 2015: 8 & 104-105)

Med Bourdieus begreber felt, kapital og habitus kan der peges på en mulig forklaring på denne ulige fordeling af sundhed. Samfundet indeholder forskellige felter, hvor mennesker med deres kapital og habitus kæmper om position og fastsættelse af værdier. (Jacobsen 2005: 149; Ploug 2007: 39)

Der skelnes imellem kulturel, økonomisk, social og symbolsk kapital. Kulturel kapital henviser til viden, sprogbeherskelse samt uddannelse og er et udtryk for i hvor høj grad et menneske mestrer samfundets fremherskende kultur, og hvad der i denne defineres som værdifuldt. Økonomisk kapital henviser til besiddelse af penge og materielle goder. Mennesket kan anvende sin sociale kapital til at opretholde eller forbedre sin position. Denne består af sociale

netværk og relationer til bl.a. familie og venner. Når disse kapitalformer anerkendes som værdifulde i et felt, optræder de som symbolsk kapital, og besiddelse af disse giver magt og status. (Bundgård, Iversen & Lund 2014: 123-124; Jacobsen 2005: 149-151)

Habitus kan ses som en legemliggørelse af kapitalbegrebet og henviser til kropslige og kognitive strukturer, som påvirker menneskets forståelse af verden, meninger og handlinger. Menneskets habitus udvikles igennem livsforløbet og kan forstås som summen af dets værdier, normer, viden, kapitalressourcer, erfaringer samt præferencer. Habitus indeholder spor fra opvæksten og påvirkes samtidig igennem hele livet. Idet habitus udvikles til at være ubevidste handlingsmønstre samt vaner, kan menneskets livsstil ses som et udtryk for denne. (Bundgård et al. 2014: 122; Jacobsen 2005: 152-153; Ploug 2007: 36-38)

Samfundets forskellige befolkningsgrupper vil som følge af Bourdieus teori have ulige muligheder for at efterleve sundhedsideal. Disse idealer defineres nemlig af samfundets højt positionerede grupper, som vil have de nødvendige kapitalressourcer og dermed bedre forudsætninger for at investere i en sådan form for sundhedskapital. Sammenlignet med lavere positionerede grupper vil disse menneskers habitus dermed i højere grad være i overensstemmelse med idealer om, hvordan sundhed praktiseres. Dette kan således ses som en mulig forklaring på sundhedens ulige fordeling i samfundet. (Larsen 2010: s. 63-71)

Idet befolkningens kapitalressourcer er ulige fordelt, vil børn som følge af forskellige opvækstvilkår ligeledes forsynes med forskellige mængder kapital. Denne ulighed i kapitalressourcer afleder forskellig habitus, og risikoen for udvikling af en uhensigtsmæssig habitus i relation til sundhed vil øges som følge af lav økonomisk, kulturel og social kapital. Dette kan være en mulig forklaring på, at der er forskel i livsstil og dermed sundhed blandt elever fra forskellige socialgrupper. (Bundgård et al. 2014: 122-124; Jacobsen 2005: 152-153 & 164) Det er dog vigtigt at bemærke, at der ikke er tale om en deterministisk sammenhæng mellem sundhed og social baggrund. Der er derimod tale om en forskel i sandsynligheden for at leve sundt, idet elevernes chancer herfor er ulige fordelt imellem de forskellige socialgrupper. (Bundgård et al. 2014: 116-117; Holstein 2015: 150)

Generelt kan der peges på, at langt de fleste danske elever er sunde, trives og lever sundt. Der er imidlertid også et stort mindretal, som viser tegn på en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd samt ringe sundhed og trivsel. Det bliver derfor væsentligt at arbejde med at fremme disse

elevers sundhed samt at mindske den sociale ulighed i sundhed gennem sundhedsfremmende indsatser. (Holstein 2015: 150-151; Rasmussen et al. 2015: 108-110)

De resultater, der i dette afsnit er blevet fremdraget fra Skolebørnsundersøgelsen samt fra egen empiri, skal ses som eksempler på elevers sundhed. Det er vigtigt at være varsom med at drage nogen generel konklusion om elevers sundhed på baggrund af empiriindsamlingen, idet denne baseres på et lille datamateriale samt kun undersøger udvalgte sundhedsindikatorer med en metode. Empirien viser kun et øjebliksbillede og et udsnit af de deltagende elevers sundhed. Ligesom Skolebørnsundersøgelsen tyder resultaterne imidlertid på, at der findes elever, hvis sundhed bør forbedres, og de underbygger således vigtigheden af sundhedsfremme og sundhedsfremmende undervisning.

Sundhedsfremmende undervisning i folkeskolen

For at indkredse undervisningens rolle indenfor sundhedsfremme vil dette afsnit sætte fokus på sundhedsfremme, skolen som setting samt dens sundhedsundervisning.

Sundhedsfremme kan beskrives som en proces, hvis formål er at styrke livskvalitet og forebygge sygdom i relation til livsstil og levevilkår. (Undervisningsministeriet 2009: 17) Der fokuseres på det fremadrettede, således eleverne forbliver raske, samt deres sundhed og trivsel styrkes. Det handler endvidere om, at elevernes ressourcer og handleevner støttes. (Akselsen & Mejding 2007: 8; Sundhedsstyrelsen 2010: 8) Sundhedsfremme kan derfor siges at være til glæde og gavn for alle elever, såvel dem med et stort behov som dem med et mindre behov for fremme af sundhed.

Sundhedsfremmende undervisning sigter imod udvikling af kompetencer til at træffe sunde valg, handle samt påvirke udviklingen af sunde rammer, således den enkelte opnår indflydelse på såvel livsstil som levevilkår. Der sigtes således imod udvikling af handlekompetence. Indenfor sundhedsfremme anses de sociale og miljømæssige omgivelser imidlertid også som vigtige faktorer, der påvirker sundhed, hvorfor sundhedsfremme bygger på en kombination af sundhedspolitik og sundhedsundervisning. (Simovska & Jensen 2012: 22-24; Simovska et al. 2015: 12-13)

Når miljøet og konteksten ses som betydningsfulde for den enkeltes sundhed, kan der tales om en setting-tilgang til sundhedsfremme. Her betones det, at sundhed udvikles indenfor rammerne af menneskets hverdagsliv, og skolen kan således ses som en vigtig setting for sundhedsfremme. Her vægtes et helhedsorienteret syn på miljøet, hvor flere faktorer influerer på såvel den enkelte elevs sundhed som sundhedsundervisningens gennemførelse. Skolens psykosociale og fysiske miljø, sundhedspolitik, samarbejde med forældre og lokalmiljø, sundhedspersonale samt lærerkompetencer kan nævnes som eksempler på faktorer, der kan virke fremmende eller hæmmende på sundhedsundervisningen og dermed også elevernes sundhed. (Simovska et al. 2015: 21-22)

Idet udvikling af handlekompetence anses som essentiel for effektiv fremme af sundhed, bliver sundhedsfremmende undervisning i folkeskolen en vigtig del af en sundhedsfremmende indsats. Formålet med skolens sundhedsundervisning er nemlig, at eleverne udvikler kompetencer til at fremme sundhed og trivsel samt opnår en forståelse for livsstil og levevilkårs betydning herfor. Eleverne skal udvikle forudsætninger for, at de alene og i fællesskab med andre kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed. Eleverne skal altså gennem undervisningen udvikle deres sundhedsmæssige handlekompetence. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014a; 2014b) Skolens sundhedsundervisning kan dermed betragtes som skolens kerneydelse i det sundhedsfremmende arbejde. (Simovska et al. 2015: 22)

Gennem sundhedsfremmende undervisning skal eleverne støttes i at få indflydelse på de faktorer, der influerer på deres sundhed. (Sundhedsstyrelsen 2010: 8) Med udgangspunkt i et bredt og positivt sundhedsbegreb må såvel livsstil som levevilkår derfor medtænkes og gøres til genstand for handling og forandring i undervisningen. (Jensen 2000: 14-15; Jensen 2006: 56-58) Hermed forlades et snævert og individualistisk perspektiv på sundhed, hvor livsstil ses som hovedårsagen til sygdom, og hvor den enkelte bærer ansvaret for sin sundhed. Med et setting-perspektiv, det brede og positive sundhedsbegreb samt fokus på udvikling af handlekompetence anerkendes det i højere grad, at også levevilkårene har en afgørende betydning for sundhed og sundhedsadfærd, og at den enkelte alene eller sammen med andre har mulighed for at påvirke disse for at fremme sundhed. Sundhedsfremme sigter således imod at skabe en sundere fremtid og lægger vægt på en balance mellem det personlige valg samt social ansvarlighed. Eleverne skal derfor udvikle handlekompetence samt ansvar i forhold til forandring af både personlige og samfundsmæssige forhold, således de nu og i fremtiden kan bi-

drage aktivt til sundhedsfremme. (Jensen 2006: 56-60 & 67; Simovska & Jensen 2012: 19-20)

Handlekompetence som demokratisk dannelsesideal

I det forrige afsnit blev der peget på, at formålet med skolens sundhedsundervisning er udvikling af elevernes sundhedsmæssige handlekompetence. Denne sundhedsmæssige handlekompetence kan ses som en konkretisering af et mere overordnet demokratisk, politisk dannelsesideal om handlekompetence. Dette afsnit vil derfor sætte fokus på handlekompetence som et demokratisk dannelsesideal samt den mere specifikke handlekompetence i relation til sundhed.

Ifølge Karsten Schnack kan almindelig dannelse i det moderne samfund beskrives som en demokratisk dannelse. En del af denne dannelse kan karakteriseres som politisk dannelse, og skolen spiller en særlig rolle for at realisere dette ideal. (Schnack 2011: 34-35) Dette kommer til udtryk i folkeskolens formål § 1, stk. 3: ”Folkeskolen skal forberede eleverne til deltagelse, medansvar, rettigheder og pligter i et samfund med frihed og folkestyre. Skolens virke skal derfor være præget af åndsfrihed, ligeværd og demokrati” (Folkeskoleloven 2015). Skolen kan således betragtes som en demokratisk setting, hvis virke skal præges af demokrati. Dette får naturligvis konsekvenser for skolens sundhedsundervisning, således handlinger og forandringer i undervisningen bør finde sted på baggrund af elevernes medbestemmelse. (Jensen 2006: 56-57)

Handlekompetence indebærer en tillid til egne muligheder samt lyst og vilje til at tage stilling og handle på en ansvarlig og kompetent måde. Udvikling af handlekompetence er ifølge Schnack en forudsætning for demokratiet og deltagelse heri, idet dette kræver politisk tænkende og handlende mennesker. Udvikling af handlekompetence bliver således opdragelse og kvalificering til deltagerrollen. Dette indebærer, at mennesket kan tænke selv og er villig til sammen med andre at forholde sig til systemet og tage del i fællesskabets anliggender. Mennesket må udvikle individuel selvstændighed og samtidig være i stand til på en ligeværdig måde at tage del i fællesskabet og vise respekt for og solidaritet med andre. Handlekompetence er således almen demokratisk, politisk dannelse. (Schnack 2005: 13-17; Schnack 2011: 36-39)

Evnen til at handle står centralt i handlekompetence. En handling kan karakteriseres ved at være bevidst, reflekteret og målrettet. Bag handlingerne gemmer sig overvejelser, beslutninger og helhedsvurderinger, hvor både viden, erfaringer, normer og værdier samt forskellige hensyn indgår. Gennem dannelsen skal den sunde fornuft kvalificeres, således mennesket bliver i stand til at handle ansvarligt og kompetent. Dette indebærer udvikling af en kritisk, rationel grundindstilling samt tilegnelse af viden, forståelsesformer og begreber, som er nødvendige for at kunne forstå og forholde sig til de problemstillinger, vi som moderne mennesker konfronteres med. (Schnack 2005: 18-22; Schnack 2011: 37-38) At blive handlekompetent drejer sig også om at kunne tænke kritisk og selvstændigt samt ikke at tage det givne for givet. Teoretisk viden bliver her et redskab til at udfordre samt stille kritiske spørgsmål til umiddelbare forståelser og forudfattede meninger. At kunne handle kvalificeret kræver dog mere end teoretisk viden. Det kræver også erfaringer, som skal indgå i et samspil med den teoretiske viden. (Schnack 2005: 22-25)

Ifølge Schnack bør de samfundsmæssige udfordringer og problemstillinger, vi som moderne mennesker står overfor, danne udgangspunktet for dannelsens indhold. (Schnack 2005: 29) De sundhedsmæssige problemer i samfundet kan ses som et eksempel på en sådan udfordring. Gennem skolens sundhedsundervisning skal eleverne derfor udvikle handlekompetence i relation til sundhed, således de nu og i fremtiden kan deltage i forandringsprocesser og handle for at fremme egen og andres sundhed. Det handler således om en kvalificering af deltagerrollen. (Jensen 2006: 56-57 & 67; Schnack 2005: 17 & 29)

Ifølge Bjarne Bruun Jensen kan handlekompetence i relation til sundhed beskrives som en viden, lyst og evne til at handle i forhold til egen og andres sundhed. Endvidere involverer kompetencen selvtillid, selvværd, samarbejdsevne og formuleringsevne. Handlekompetence kan konkretiseres gennem fem elementer, som beskrives i det følgende. (Jensen 2006: 61-62; Jensen 2007: 26)

Det første element i handlekompetence er *indsigt*. Denne kan karakteriseres som en bred og positiv samt handlingsrettet forståelse af sundhed og indebærer indsigt i effekter, årsager, forandringsstrategier og alternativer indenfor det sundhedsmæssige område. Denne indsigt skal sætte eleverne i stand til at handle og skabe sundhedsfremmende forandringer. (Jensen 2006: 61-65)

Skal eleverne skabe sundhedsfremmende forandringer, fordrer det, at de kan se bag om sundhedsproblemer og forestille sig alternativer til den nuværende tilstand. Dette leder frem mod det andet element i den sundhedsmæssige handlekompetence – *visioner*. Eleverne skal således udvikle ideer, drømme og forestillinger om fremtiden, som de gennem forandring vil søge at realisere. Dette fordrer evnen og lysten til at tænke kreativt og visionært. (Jensen 2000: 10; Simovska et al. 2015: 18)

Visionerne skal imidlertid omsættes til handling, hvilket kræver *engagement*, som er det tredje element i handlekompetence. Engagement indebærer, at eleverne har modet, viljen og lysten til at involvere sig i forandringsprocesser i deres eget liv samt i et dynamisk samfund. Her spiller elevernes medbestemmelse og inddragelse af egne erfaringer i undervisningen en central rolle, idet engagement og ejerskab for sundhedsfremmende aktiviteter styrkes, når eleverne medvirker til at præge undervisningens form og indhold. (Jensen 2006: 61; Simovska et al. 2015: 15-18; Sørensen & Koch 2009: 25)

Det fjerde element i handlekompetence er *kritisk sans*, som omfatter evnen til ikke at tage alle budskaber for pålydende og i stedet være i stand til at tænke selv, stille spørgsmålstegn, drage egne konklusioner og træffe valg. Eleverne skal således blive mere bevidste om, hvordan deres liv hver dag påvirkes af bl.a. virksomheder, organisationer og kammerater. Her bliver elevernes sundhedsmæssige viden central. (Jensen 2006: 61; Simovska et al. 2015: 17-18)

Det sidste element i handlekompetence er *handleerfaringer* i relation til at indgå i individuelle og kollektive forandringsprocesser. Elevernes afprøvning af konkrete handlinger ses nemlig som afgørende for deres udvikling af handlekompetence. (Jensen 2000: 10; Simovska et al. 2015: 19) Jensen opstiller to kriterier, som karakteriserer en sundhedsmæssig handling: Eleverne skal selv være med til at beslutte at igangsætte aktiviteten, og denne skal sigte imod at skabe sundhedsfremmende forandring. Herved markeres det, at handlinger er bevidste, målrettede og bygger på beslutninger. Elevernes medbestemmelse og beslutninger kommer derfor til at stå centralt i undervisningen. Endvidere skal eleverne overveje, hvorledes barrierer overvindes. (Jensen 2006: 58-61; Jensen 2007: 25-27; Sørensen & Koch 2009: 26)

Udvikling af det ovenfor beskrevne handlekompetencebegreb implicerer en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning, hvor elevmedbestemmelse, medansvar og handling står helt centralt. (Jensen 2000: 10-11; Jensen & Jensen 2005: 51) Inden en sådan sund-

hedsundervisning vil blive karakteriseret nærmere, vil der i det følgende afsnit blive sat fokus på sundhedsfremmende undervisning i madkundskab.

Sundhedsfremmende undervisning i madkundskab

I dette afsnit undersøges, om der findes begrundelser i madkundskabs formål for at undervise sundhedsfremmende i faget, samt hvilken konsekvens det har for den sundhedsfremmende undervisnings indhold, at denne integreres i faget.

Ifølge formålet for faget og valgfaget madkundskab skal eleverne ”..kunne foretage kritisk reflekterede madvalg på baggrund af viden om fødevarer, sæson, oprindelse, sundhedsværdi, produktionsformer og bæredygtighed” (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014c; 2014d). Eleverne skal derfor tilegne sig viden om bl.a. sundhed, således de bliver i stand til at træffe kritisk reflekterede madvalg. Sundhedsviden medvirker her til kvalificering af den sunde fornuft, hvormed mere kritisk reflekterede og kompetente handlinger kan udføres, og madvalget kan derfor potentielt blive sundhedsfremmende. Endvidere fremhæves det, at eleverne skal ”..udvikle selvværd, fantasi, madlavningsglæde og erkendelse, så de bliver i stand til begrundet at tage stilling og handle i overensstemmelse med dette. Eleverne skal lære at forbinde viden med lyst og handling i en forpligtende praksis” (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014c; 2014d). Dette kan fortolkes som et ønske om, at eleverne udvikler handlekompetence, således de udvikler tillid til egne muligheder, lyst og viden til at tage stilling og handle. Handlekompetence indebærer imidlertid også et ansvar for og en vilighed til at deltage i fællesskabets anliggender. Denne dimension af handlekompetence kan ligeledes ses afspejlet i formålet, idet ”Eleverne skal lære at tage del i og medansvar for problemstillinger, der vedrører mad, madvalg, madlavning og måltider i relation til kultur, trivsel, sundhed og bæredygtighed” (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014c; 2014d). Selvom det ikke fremgår direkte af formålet, kan det fortolkes således, at eleverne skal kvalificeres til deltagerrollen, således de kan forholde sig til, tage ansvar for samt gennem kritisk reflekterede madvalg medvirke til løsning af problemstillinger vedrørende mad og sundhed på såvel et individuelt som fælles niveau. Dette peger dermed i retning af elevernes deltagelse i sundhedsfremmende forandringsprocesser nu og i fremtiden.

I vejledningen for faget fremgår det, at undervisningen trækker på et ernæringsorienteret sundhedsbegreb samt bygger på et bredt og trivselsorienteret sundhedsbegreb, hvorved faget

kommer til at bygge på et bredt og positivt sundhedsbegreb. I faget skal der altså arbejdes med mad i relation til såvel ernæring som livsglæde og trivsel. Endvidere arbejder eleverne med en bevidsthed om madvalg i relation til sundhed, trivsel og miljø, hvad der betinger disse valg, samt hvordan disse kan forandres. Elevernes oplevelse af egne muligheder for igennem madvalg at handle sundheds- og trivselsfremmende skal ligeledes inddrages i undervisningen. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014e)

Sammenfattende kan madkundskabs formål fortolkes således, at faget bl.a. sigter imod, at eleverne udvikler handlekompetence indenfor madområdet og i relation til sundhed, hvorfor sundhedsfremmende undervisning bliver en naturlig del af faget. Når der arbejdes med udvikling af sundhedsmæssig handlekompetence i madkundskab, må sundhed og sundhedsfremme ses i relation til madområdet, og madvalg sættes i relation til et bredt og positivt sundhedsbegreb. Sunde madvalg forstås her som andet end sygdomsforebyggelse gennem korrekt hygiejne og ernæring. Nydelse, livskvalitet, socialt fællesskab og æstetiske oplevelser må ligeledes medtænkes. Madvalg er ikke kun et udtryk for livsstil men påvirkes også af samfundsmæssige, miljømæssige og kulturelle forhold. Samtidig påvirker den enkeltes madvalg også miljøet. Herved bliver det både et individ- og samfundsansvar, at alle får mulighed for at leve sundere, således fysisk sundhed, livskvalitet og miljø tilgodeses. (Carlsen & Pedersen 2014: 34-37)

Demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning

Med henblik på at undersøge hvordan læreren kan tilrettelægge sundhedsfremmende undervisning i madkundskab, således eleverne udvikler handlekompetence, vil det følgende afsnit karakterisere en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning. Endvidere beskrives kort, hvorledes en sådan undervisning blev afprøvet i praktikken samt udfordringer, som oplevedes i forbindelse med dennes gennemførelse.

En demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning bygger på elevdeltagelse og medbestemmelse, idet dette ses som vigtige forudsætninger for udvikling af elevers handlekompetence. (Jensen 2000: 10-11) Der skelnes imellem fire forskellige former for elevdeltagelse og grader af medbestemmelse, hvor lærer og elever har forskellige roller og ansvar i undervisningen. Indenfor deltagelsesform 1 begrænses elevernes medbestemmelse til muligheden for at tilslutte sig eller afvise et af læreren på forhånd planlagt initiativ. Deltagelses-

form 2 og 4 repræsenterer dialogbaserede arbejdsformer, hvor beslutninger tages i fællesskab mellem lærer og elever. Indenfor deltagelsesform 2 er det læreren, som tager initiativ, mens dette tages af eleverne indenfor deltagelsesform 4. Deltagelsesform 3 nærmer sig ren elevbestemmelse, hvor eleverne tager såvel initiativ som beslutninger. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014b; Simovska et al. 2015: 15-17) Sundhedsfremmende indsatser sigter imod disse typer deltagelse, da disse betragtes som en forudsætning for, at eleverne udvikler engagement, ejerskab samt handlekompetence og på sigt bliver aktive samfundsborgere. (Simovska et al. 2015: 15-16; Sundhedsstyrelsen 2010: 6-9) Gennem deltagelse præger eleverne aktivt undervisningens form og indhold. Eleverne er undersøgere samt medskabere af viden og værdier, tager kritisk stilling samt udvikler og afprøver forslag til løsninger og handlinger. Læreren er en erfaren partner, der gennem dialog og vejledning bidrager med viden og kvalificerer elevernes arbejde. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014b; Simovska 2012: 97-100; Simovska et al. 2015: 15-17)

I de sidste tre uger af forløbet i praktikken var undervisningen inspireret af IVAC-metoden, som sigter imod udvikling af elevers sundhedsmæssige handlekompetence. Metoden er karakteriseret ved fire faser, hvor deltagelse, elevmedbestemmelse og dialog står centralt. Eleverne arbejder i grupper med et sundhedsmæssigt problem gennem fire faser: Undersøgelse (Investigation), vision (Vision), handling (Action) og forandring (Change). (Simovska 2015: 153-154) IVAC-metoden kan således ses som et eksempel på en demokratisk og handlingsorienteret tilgang til sundhedsfremme.

I *undersøgelles-fasen* identificerer, indkredser og udforsker eleverne gennem deltagelsesorienteret dialog et sundhedsmæssigt problem i relation til deres hverdag, hvorved undervisningen opleves som mere meningsfuld og motiverende. Der sigtes imod en fælles forståelse af problemet, dets udvikling, udbredelse, virkning samt samfundsmæssige og individuelle årsager hertil. (Simovska 2015: 154)

I *visions-fasen* udvikler eleverne deres forestillinger, visioner og alternativer for fremtiden. Eleverne arbejder med at udvikle kreative ideer til løsning af sundhedsproblemet, og der lægges vægt på elevernes kreative udfoldelse og frie tænkning. Eleverne søger inspiration til alternativer i andre kontekster og kulturer. (Simovska 2015: 154-155)

I de sidste to faser *handling* og *forandring* beskæftiger eleverne sig med at udvælge, udvikle samt begrunde deres planer for sundhedsfremmende handlinger med udgangspunkt i deres visioner. Under vejledning fra læreren overvejes handlemuligheder og -barrierer samt mulige strategier til at håndtere disse. (Jensen 2000: 20; Simovska 2015: 154-155) Eleverne afprøver på baggrund heraf konkrete handlinger, således de udvikler erfaringer med sundhedsfremmende handlinger. Resultaterne evalueres, og handlingerne justeres eller nye igangsættes. (Carlson 2012: 81; Simovska et al. 2015: 18-19)

I praktikken arbejdede eleverne med temaet sunde skolemåltider, hvor de i løbet af tre uger¹ skulle arbejde med at styrke sunde måltider på skolen og dermed medvirke til at fremme sundhed gennem handling. Endvidere skulle eleverne udvikle og fremstille et eksempel på et sundt skolemåltid (se elevopgave i bilag 4). Arbejdet tog således udgangspunkt i elevernes hverdag. Gennem undervisningen skulle eleverne anvende og udvikle deres sundhedsmæssige handlekompetence indenfor madområdet.

I en fælles undersøgelses- og visionsfase på klassen blev der sat fokus på sundhedsmæssige problemstillinger i relation til mad, måltider og frikvarterer på skolen. Den fælles visionsfase fortsatte herefter i grupper og efterfulgtes af handlings- og forandringsfasen. I disse faser udviklede eleverne ideer til sundhedsfremmende handlinger på skolen samt et sundt skolemåltid. Grupperne fremstillede plancher og brochurer, som med billeder, opskrifter og oplysninger om sunde madpakker skulle oplyse og inspirere forældre og elever til sundere madpakker.

I den sidste undervisningsgang fremstillede grupperne deres sunde skolemåltid samt præsenterede deres handlinger for hinanden. Alle grupperne kunne med henvisning til De officielle kostråd og Madpakkehånden argumentere for deres madvalg. Det viste sig imidlertid, at kun én gruppe havde igangsat en sundhedsfremmende handling på skolen. Resten af grupperne kunne ikke finde eller havde ikke færdiggjort deres produkter. De fleste elever havde altså ikke igennem forløbet udviklet erfaringer med sundhedsfremmende handlinger på skolen. Endvidere viste det sig undervejs i forløbet, at der var stor forskel på i hvor høj grad, eleverne tog del i undervisningen. Nogle elever var aktive og tog ansvar, mens andre elever var mindre deltagende. Såvel deltagelse som handleerfaringer anses som centrale for udvikling af handlekompetence, og det er således væsentlige udfordringer, når dette ikke realiseres i undervis-

¹ Undervisningstid: 5 timer og 45 min.

ningen. (Simovska et al. 2015: 19; Sundhedsstyrelsen 2010: 7) Med henblik på at mindske disse udfordringer og dermed bedre kunne gennemføre en sundhedsfremmende undervisning, således eleverne udvikler handlekompetence, må læreren søge at forstå disse.

Udfordringer i en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning

En vigtig forudsætning for, at eleverne reelt handler og fremmer sundhed, er ifølge Jensen, at eleverne tilvejebringes et reelt *handlerum*. Eleverne skal således have mulighed for at handle og bruge deres handlekompetence. (Jensen 2007: 29) Endvidere er elevernes *engagement* og lyst til at involvere sig i forandringsprocesser central. Her spiller elevernes sundhedsmæssige *indsigt*, *visioner* samt mulighed for *medbestemmelse* en vigtig rolle. (Carlson 2012: 81; Jensen 2006: 61-64; Sundhedsstyrelsen 2010: 7) Herudover påvirker *læringsmiljøet*, elevernes *interrelationelle viden* samt *motivation* deres adfærd og deltagelse i undervisningen. (Nordahl 2012: 128-129; Simovska 2012: 100; Sundhedsstyrelsen 2010: 14) At nogle elever er mindre deltagende i undervisningen, samt at grupperne ikke igangsætter handlinger på skolen, kan således skyldes nogle af disse faktorer. I det følgende afsnit vil jeg derfor undersøge undervisningen nærmere for at se, om dette kunne være tilfældet.

Resultaterne fra spørgeskema I viser, at der er forskel på elevernes engagement i forhold til at forbedre deres egen, familiens og kammeraters sundhed samt sundheden på skolen. Således svarer 75-80 % af eleverne, at de vil gøre noget for at forbedre deres egen og familiens sundhed, mens 30-35 % vil gøre noget for at forbedre sundheden på skolen og deres klassekammeraters sundhed. Det er altså et mindretal af eleverne, som vil engagere sig i at handle over for andre elevers sundhed samt sundheden på skolen. Samme tendens gør sig gældende i elevernes besvarelse af spørgeskema II. Endvidere viser begge spørgeskemaer, at over halvdelen af eleverne ikke mener, at de kan medvirke til at forbedre andres sundhed, og flere af eleverne begrundes dette med, at ”..folk har deres eget ansvar for deres sundhed” og ”..det er deres eget valg”.

Interviews med eleverne viser ligeledes, at det særligt er deres egen og familiens sundhed, de føler et ansvar for. Eleverne bliver i interviewet spurgt om, hvilke personers sundhed, de har et ansvar for. Hertil svarer Elise: ”Jeg tror egentlig mest bare, det er mig selv”. Anders synes dog også, at han har et ansvar for sin familie. Endvidere fortæller Anders, at vennerne selv

har *"..valget for at vælge, om de vil leve sundt.."* og Elise synes, at vennerne selv *"..kan tage ansvar for, hvad de spiser"*.

Der tegner sig altså et billede af, at størstedelen af eleverne hverken mener, de kan eller vil gøre noget for at forbedre andre end deres egen samt familiens sundhed. Eleverne udtrykker dermed et snævert og individualistisk perspektiv på sundhed, hvor "Du er din egen sundheds smed", og sundhed ses som individets eget ansvar og valg. (Jensen 2006: 59-60) Det synes derfor sandsynligt, at flere af elevernes engagement for at involvere sig i sundhedsfremmede forandringsprocesser på skolen er lav. Dette kan således være en mulig forklaring på nogle elevers manglende deltagelse samt gruppernes manglende handling.

Observationer fra den afsluttende klassesamtale viser endvidere, at eleverne ikke tror, at deres handlinger ville have haft en effekt og ført til forandring: *"Jeg spørger, om eleverne tror, at det ville have haft en effekt, hvis de havde ført deres handlinger ud i virkeligheden .. Flere elever siger nej .. Jeg spørger om, hvordan det kan være, at eleverne alligevel har lavet netop disse produkter, når ikke de tror, det har en effekt. Hertil svarer Martin, at de ikke har haft særlig lang tid .. Jeg spørger, om klassen tror, at det ville have haft en effekt, hvis de havde haft mere tid .. Hertil svarer flere i klassen ja"*. Elevernes udtalelser tyder på, at de grundet den begrænsede tid har været nødt til at udvikle produkter, hvis effekt de ikke tror på. Gennem hele forløbet oplever både lærere og elever, at tiden er en rammefaktor, som begrænser mulighederne i undervisningen. (Hiim & Hippe 2007: 78 & 155) Som følgende observation viser, begrænser tiden elevernes forslag til handling: *"Nikolaj nævner, at man kan lave en film, men gruppen konkluderer hurtigt, at der ikke er tid til det"*. Endvidere begrænses elevernes udførelse af handlingen. Således fortæller Anders om gruppens planche i fokusgruppeinterviewet: *"..specifikt kunne vi have lavet nogle flere og hængt dem rundt omkring på skolen, men det havde vi ikke tid til"*. Anders vurderer endvidere, at planchen ikke havde nogen effekt, da den kun hang kortvarigt i klassen. Der tegner sig således et billede af, at elevernes opfattelse af samt reelle muligheder for at handle var begrænset.

For at forstå sammenhængen mellem handlemulighederne og elevernes manglende handling kan begrebet handlerum inddrages. Ifølge Tone Saugsted dækker dette begreb over de handlemuligheder og -barrierer, der findes i en given situation. Begrebet kan således stille skarpt på forhold, der kan medvirke til at hindre handling. Der kan skelnes imellem et faktisk og et oplevet handlerum. Det faktiske handlerum udgøres af faktiske handlemuligheder og –

barrierer indenfor hvilke, det principielt er muligt at handle. Det oplevede handlerum dækker derimod over individets subjektive opfattelse af handlerummet. (Saugsted 2009: 46-48) Når tiden begrænser elevernes mulighed for at udvikle og igangsætte handlinger på skolen, kan denne ses som en faktor, der begrænser det faktiske handlerum. Handlerummet begrænses endvidere af, at der undervejs opstår problemer med skolens printere, således flere grupper ikke kan færdiggøre deres produkter i undervisningstiden. Samtidig kan elevernes opfattelse af, at de ikke kan medvirke til at forbedre andres sundhed, samt at sundhed er et individuelt ansvar og valg, ses som et udtryk for elevernes oplevede handlerum. Denne sundhedsforståelse indikerer en oplevelse af handlebarrierer over for andres sundhed og kan resultere i, at eleverne opfatter det faktiske handlerum som værende mindre, end det reelt er. Når eleverne udtrykker, at de ikke tror på, at deres handlinger ville have en effekt, kan dette endvidere ses som et udtryk for, at eleverne oplever et begrænset handlerum. Anders fortæller eksempelvis i fokusgruppeinterviewet, at *"Vi havde de udfordringer, om det faktisk kunne virke.."*. Disse forskellige faktiske og oplevede handlebarrierer kan således være medvirkende årsager til, at grupperne ikke handler. Ifølge Jensen er muligheden for handling og dermed tilstedeværelsen af et handlerum nemlig centralt for, at elever handler og dermed udvikler handlekompetence. (Jensen 2007: 29) Det må derfor siges at være problematisk, når det faktiske og oplevede handlerum er begrænset.

Hvis eleverne opfatter deres handlerum over for fremme af andres sundhed som begrænset, kan dette muligvis forringe deres engagement og motivation til at deltage i sundhedsfremme på skolen. Erfaringer fra andre sundhedsfremmende projekter viser, at elevers motivation er afgørende for deres aktive deltagelse i sundhedsfremmende aktiviteter. (Sundhedsstyrelsen 2010: 14) Motivation kan beskrives som en drivkraft, der aktiverer, vedligeholder og retningsgiver adfærd. (Krogh & Andersen 2013: 366) Elevers motivation afhænger bl.a. af, om de oplever undervisningen som værende meningsfuld. Dette indebærer, at eleverne synes, at undervisningens indhold er værd at lære samt er anvendeligt i praksis. (Formandskabet for Rådet for Evaluering og Kvalitetsudvikling af Folkeskolen 2013: 44) Ifølge Eccles og Wigfields expectancy value-model afhænger elevers motivation i forhold til en opgave netop af opgavens værdi for eleven. Elevers værdisættelse af en opgave afhænger bl.a. af dens indre værdi samt nytteværdi. Dette omfatter glæde ved at arbejde med en opgave og interesse for emnet samt opgavens betydning for elevens fremtidige mål. Endvidere påvirkes elevers motivation i forhold til en opgave af deres forventning om at være i stand til at mestre denne. (Krog & Andersen 2013: 371-374; Skaalvik & Skaalvik 2007: 178-182) Når elevernes fakti-

ske og oplevede handlerum i undervisningen er begrænset, samt eleverne vurderer, at de ikke kan medvirke til at forbedre andres sundhed, kan dette muligvis influere negativt på deres forventning om at være i stand til at udføre sundhedsfremmende handlinger på skolen. Dette kan resultere i, at eleverne reducerer deres indsats og dermed ikke deltager aktivt eller igangsætter handlinger. (Skaalvik & Skaalvik 2007: 179) Endvidere kan der stilles spørgsmålstegn ved, om eleverne synes, at det er værdifuldt og relevant at arbejde med at fremme andre elevers sundhed, når de ikke mener, de har et ansvar herfor og dermed heller ikke får brug for at være i stand hertil nu og i fremtiden. Det synes derfor også sandsynligt, at nogle af eleverne ikke finder det meningsfuldt at arbejde med at styrke sunde måltider på skolen. Resultater fra spørgeskema II viser herudover, at nogle elever synes, at det har været *"Lidt kedeligt"*, *"Ok"* og *"Fint nok"* at arbejde med at styrke sunde måltider på skolen. Dette tyder på, at disse elevers interesse for emnet samt glæde ved at arbejde med opgaven kunne have været større. Andre elever synes imidlertid, at arbejdet har været sjovt og spændende. Samtidig stiller den begrænsede tid og problemerne med printeren krav til, at nogle af grupperne må arbejde uden for skoletiden, hvis handlingerne skal gennemføres. Herved øges opgavens omkostninger, som har en negativ indflydelse på opgavens værdi. (Krog & Andersen 2013: 374) Ud fra ovenstående betragtninger kan gruppernes manglende handling og nogle elevers passive deltagelse således skyldes manglende motivation.

Elevernes snævre syn på sundhed samt et begrænset handlerum i undervisningen har altså tilsyneladende haft en negativ indflydelse på elevernes engagement og deltagelse. En anden mulig faktor, som kan påvirke elevernes engagement, er graden af medbestemmelse i undervisningen. (Sundhedsstyrelsen 2010: 7) Spørgeskema II viser, at 30 % af eleverne synes, det har været svært at få indflydelse i undervisningen, og en elev skriver eksempelvis, at *"De [lærerne] havde planlagt det hele"*. Disse kommentarer kan henvise til, at undervisningens tema, elevmål og opgave var lærerbestemt, således elevernes medbestemmelse begrænsedes til deltagelsesform 1. Når nogle elever udtrykker lav interesse med udsagnet om, at det har været *"Lidt kedeligt"*, tyder det på, at disse elever ikke føler ejerskab til projektet, idet de ikke har haft indflydelse på tema, opgave og elevmål. Sandsynligheden for at elever udvikler ejerskab for et projekt øges nemlig gennem medbestemmelse, idet eleverne udvikler en oplevelse af, at projektet er deres eget og derved interessant at arbejde med. Samtidig vil følelsen af ejerskab føre til en øget involvering og dermed deltagelse. (Sundhedsstyrelsen 2010: 7-8 & 14) En manglende følelse af ejerskab kan således have påvirket nogle elevers deltagelse negativt. Det må imidlertid antages ikke at gælde alle elever, idet spørgeskema II viser, at 70 %

af eleverne mener, at de har haft nemt eller meget nemt ved at få indflydelse. Anders udtrykker endvidere i fokusgruppeinterviewet, at eleverne ”..har haft masser af mulighed for at få indflydelse på de sidste tre uger..”. Herudover må det bemærkes, at spørgsmålet i spørgeskemaet er stillet til det samlede undervisningsforløb og vedrører således ikke kun de sidste tre uger.

Ifølge Jensen er tilegnelse af en handlingsorienteret sundhedsviden en vigtig forudsætning for, at elever bliver i stand til at handle og skabe forandring samt udvikler engagement og vilje hertil. Årsagen til nogle elevers manglende deltagelse og engagement, samt gruppernes manglende handling, kan således også være at finde i arbejdet med elevernes viden om sundhed. En handlingsorienteret sundhedsviden indebærer indsigt i effekter, årsager, forandringsstrategier og alternativer. (Jensen 2006: 62-64)

I det samlede undervisningsforløb arbejder eleverne med viden om effekter og årsager, når der sættes fokus på de fire sundhedsbegreber, skolens sundhedspolitik samt økologi i relation til sundhed. Endvidere kan elevernes arbejde med de energigivende stoffer i relation til fødevarergrupper samt kostmodeller og kostråd ses som en indsigt i effekten af madindtag. Arbejdet hermed samt elevernes fremstilling af sund mad kan give eleverne indsigt i mulige alternativer samt viden og inspiration til forandringer af egen livsstil. Når eleverne arbejder med at sammenligne en klassisk og en ernæringsforbedret bolle, kan dette give eleverne redskaber til at udvikle en strategi til forandring af egen livsstil. Denne viden om alternativer samt forandringsstrategier retter sig altså imod livsstil og ikke levevilkår.

Under den fælles undersøgelses- og visionsfase på klassen identificerer eleverne forskellige sundhedsproblemer og visioner i relation til måltider på skolen. Således udtrykker en pige, at hun ønsker flere og kortere frikvarterer, så der er mulighed for flere måltider. Hun ønsker endvidere mulighed for at købe mad uden for skolen og mere bevægelse. To elever ønsker et større udvalg og bedre mad i skoleboden. Eleverne fortæller, at luften i klasserne kan være tung og bordene og stolene er dårlige og snavsede. Dette forringer ifølge eleverne deres lyst til at sidde og spise, og de længere skoledage har ifølge en dreng negativ indvirkning på elevernes psykiske sundhed.

Disse problemstillinger og visioner bliver imidlertid ikke udgangspunktet for gruppernes efterfølgende arbejde med forslag til handlinger. Gruppernes arbejde kredser om ideer til hand-

ling snarere end om identificering af en problemstilling og visioner herfor. Eleverne udtrykker sig ikke eksplicit om, hvilken problemstilling de med deres handling vil løse samt deres visioner herfor. Disse udtrykkes nærmere implicit som en vision om, at flere elever skal spise sunde madpakker, som er æstetisk indbydende samt tilgodeser rådene i Madpakkehånden og De officielle kostråd. Elevernes ideer kan ses som et udtryk for deres viden om forandringsstrategier og kan karakteriseres som et ønske om gennem oplysning og inspiration at medvirke til at forandre andre elevers madpakker og livsstil gennem små forandringer i skolen som setting.

Da såvel indsigt i udbredelsen af og årsager til sundhedsproblemer samt udvikling af visioner er centralt for viljen til handling og dermed engagement, kan en manglende identificering og formulering heraf i grupperne måske være årsag til, at eleverne ikke handler. Eleverne undersøger således ikke, om der er et sundhedsmæssigt problem knyttet til madpakker på skolen, problemets udbredelse samt årsagerne hertil. Endvidere er det interessant, at grupperne ikke arbejder videre med problemstillingerne og visionerne, som identificeredes i klassesamtalen. Dette kan skyldes, at eleverne oplever, at deres handlemuligheder over for eksempelvis ændringer i skoleboden eller frikvarterernes placering og længde er begrænsede, hvorimod eleverne måske oplever flere handlemuligheder i relation til at inspirere andre elever til at spise sundere madpakker. Her kan eleverne nemlig inddrage deres kendskab til sunde opskrifter samt viden om kostråd, som har været i fokus i undervisningen, til at inspirere og formidle viden til andre. Elevernes valg af problemstilling, vision samt forandringsstrategi må ses i relation hertil, idet undervisningen potentielt har kunnet give anledning til forandring af elevernes egne madvalg. Der har derimod ikke været fokus på strategier til forandring af levevilkår som eksempelvis skolen. Som følge af elevernes erfaringer i den forudgående undervisning, synes det dermed sandsynligt, at eleverne har en større forventning om at kunne medvirke til at forandre andre elevers livsstil end skabe omfattende forandring af forhold på skolen. Forventning om mestring påvirkes nemlig af tidligere erfaringer med lignende situationer og influerer på elevers valg af aktiviteter og problemstillinger samt mål herfor. (Krog & Andersen 2013: 371-372) På baggrund heraf kan der stilles spørgsmålstegn ved, om eleverne vælger at sætte fokus på sunde madpakker, fordi de har visioner herfor og oplever problemer hermed, eller om de vælger dette, fordi de oplever handlebarrierer i form af tidspress og manglende kendskab til forandringsstrategier i relation til at opnå andre visioner, samt har en lavere forventning om mestring i forbindelse hermed. Hvis det således er tilfældet, at ele-

vernes forslag til handlinger ikke tager udgangspunkt i deres egne, faktiske visioner, synes det sandsynligt, at elevernes vilje til handling mindskes.

Observationer fra undervisningen og elevernes logbøger peger herudover på, at flere elever synes, det var svært at udvikle og formulere ideer. Således skriver syv elever i deres logbøger, at det var svært at finde på ideer. Eksempelvis skriver en pige fra 9. klasse: *"Hvad synes du var svært? At udvikle ideer til sundere mad på skolen og føre den ud i handling"*. Endvidere fortæller Anders i fokusgruppeinterviewet, at *"..det har været sjovt, men besværligt .. vi skal lave et produkt, som skal være med til at påvirke andre på en skole .. Men hvordan man får den her idé ud, det var det, som vi sad og tænkte over. Vi havde kun to uger til at lave produktet og tredje uge til at fremvise det. Så der var meget pres på.."*. Disse udsagn tyder på, at der i undervisningen har manglet fokus på forandringsstrategier og viden om alternativer, som eleverne kunne anvende i deres arbejde med visioner og igangsættelse af handling. Endvidere er det vigtigt, at eleverne har reelle muligheder for at udvikle egne visioner samt får støtte hertil. (Jensen 2006: 64) Udvikling af visioner fremmer nemlig elevernes ejerskab, motivation og engagement. (Carlson 2012: 81) Hvis den tilgængelig tid igen tages i betragtning, må muligheden for udvikling og formulering af visioner siges at have været begrænset. Samtidig var denne del af undervisningen præget af deltagelsesform 3, hvor eleverne tager såvel initiativ som beslutninger. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014b) Når flere af eleverne udtrykker, at de synes, at arbejdet i denne fase har været svært, kan dette skyldes, at eleverne har oplevet for lidt støtte fra læreren til at udvikle visioner og igangsætte handlinger. Dette tyder på, at den valgte deltagelsesform ikke passede til denne fase i undervisningen. Her kunne deltagelsesform 4 måske have været mere passende, hvor eleverne tager initiativ, og beslutninger træffes i fællesskab med læreren. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014b) Støtte fra læreren er endvidere en afgørende faktor for elevens lyst til at deltage aktivt i sundhedsfremmende projekter. (Sundhedsstyrelsen 2010: 14) Læreren spiller en vigtig rolle som dialogpartner og skal guide og understøtte elevernes sundhedsfremmende arbejde. Elevmedbestemmelse betyder således ikke, at lærerens ansvar bliver mindre. (Nordin, Jensen & Simovska 2010: 90) Den valgte deltagelsesform og for lidt lærerstøtte kan dermed også være en mulig forklaring på elevernes manglende deltagelse og handling.

Når skolen betragtes som en sundhedsfremmende setting, anses skolens psykosociale miljø ligeledes som en faktor, der kan virke fremmende og hæmmende på undervisningen. Her vil

et støttende, rummeligt samt anerkendende miljø virke fremmende på sundhedsundervisningen. Det handler således om sociale omgangsformer og relationer i miljøet. (Simovska et al. 2015: 21-23) Her gælder det, at sociale relationer, der baserer sig på anerkendelse, respekt, tillid og tryghed fremmer læring. (Madsen 2014: 54-55) Erfaringer fra andre sundhedsfremmende projekter viser ligeledes, at elevers følelse af anerkendelse fremmer involvering og dermed deltagelse. (Nordin et al. 2010: 92) Dette peger dermed i retning af, at faktorer i læringsmiljøet kunne have influeret på elevernes deltagelse, idet læringsmiljøet netop er knyttet til miljømæssige faktorer som relationer mellem eleverne samt deres sociale position i fællesskabet. Ifølge Thomas Nordahl spiller elevernes oplevelse af læringsmiljøet en afgørende rolle for deres adfærd og dermed deltagelse og læring. (Nordahl 2012: 123-129 & 135) Når nogle elever i mindre grad deltager i undervisningen, kan det måske skyldes, at disse oplever sig selv som værende i en lav social position i fællesskabet eller oplever manglende respekt, tryghed og anerkendelse i læringsmiljøet.

Følgende observationer fra undervisningen viser, hvorledes forskellige elever deltager i gruppearbejdet. Endvidere ses tegn på et utrygt læringsmiljø: *"Alex foreslår, at plakaten skal opfordre til at tage armbøjninger .. Søren foreslår, at man kan provokere ved at mobbe fede elever .. Anders tager en beslutning om, at de laver nogle billeder og fortæller om sundhed .. under samtalen er jeg ikke opmærksom på Mikkel .. Alle i gruppen går [senere] på biblioteket for at hente materialer, undtaget Mikkel"*. Der opstår senere en konflikt i gruppen, hvor Søren over for Mikkel udbryder: *"Hvor er du grim"*. Søren vil ikke undskylde over for Mikkel, *"..da han bare sidder stille og ingenting siger – og så er han nedern"*. Her tegner sig et billede af en negativ relation mellem Mikkel og Søren. Samtidig inkluderes Mikkel ikke i gruppens arbejde. Det er således sandsynligt, at Mikkel oplever læringsmiljøet som utrygt samt sig selv som værende i en lav social position og derfor vælger at agere passivt i gruppens arbejde. Sørens forslag om mobning som handling samt opførsel over for Mikkel kan karakteriseres som faktorer, der medvirker til at hæmme et positivt læringsmiljø. (Nordahl 2012: 128-135) Observationen viser endvidere et eksempel på en gruppe, hvis samarbejde ikke fungerer.

Den følgende observation viser en pigegruppes samarbejde, hvor elevernes deltagelse ligeledes er ulige fordelt: *"Sofie fortæller, at de vil lave pandekager .. Sofie fører hele tiden ordet i gruppen. Resten af gruppen siger ikke så meget. Når jeg spørger dem, siger de, at de er enige .. Sofie siger, at det [dressing] skal være fedtfattigt. Lise bryder ind og siger, at de andre i*

gruppen også gerne vil have lov til at sige noget". Både Sofie og Lise skriver i deres logbøger, at det var svært at blive enige, og det tyder således på, at gruppen har oplevet samarbejdsproblemer.

Begge observationer kunne tyde på, at nogle elevers interrelationelle viden var mangelfuld. Ifølge Venka Simovska er dialogisk refleksion og interaktion væsentlig for udviklingen af handlekompetence. Simovska tilføjer derfor bl.a. interrelationel viden, der knytter sig til deltagersperspektivet, som en yderligere dimension i handlekompetence. (Simovska 2012: 100) Interrelationel viden er overordnet viden om gruppedynamik. Dette omfatter viden om, hvad der karakteriserer godt samarbejde og handling i fællesskab, samt viden om hvordan enighed opnås og konflikter håndteres. Endvidere handler det om at kunne give og modtage kritik samt skabe og opretholde en positiv og konstruktiv atmosfære. Den enkelte må kunne gøre sig gældende og udtrykke sig og samtidig give andre mulighed for at gøre det samme. Det handler således også om sociale færdigheder samt respekt for forskellighed og kontrol af følelser. (Simovska 2012: 100-101; Simovska et al. 2015: 19-20) Denne interrelationelle viden kan ses som en del af den sociale kompetence, der i et positivt læringsmiljø bør udvikles og værdsættes. (Nordahl 2012: 128 & 198-199)

Når Sofie hele tiden styrer ordet i gruppen, giver hun ikke de andre mulighed for at udtrykke sig. Samtidig ses det, at resten af gruppen ikke gør sig gældende, idet de i mindre grad udtrykker deres mening. Lises kommentar kan dog ses som et ønske om i højere grad også at blive hørt og få indflydelse. Pigerne formår altså ikke at opretholde en positiv og konstruktiv atmosfære i gruppen, og pigernes deltagelse bliver ulige. Samme tendens ses i drengegruppen, hvor Alex, Søren og Anders gør sig gældende, hvorimod Mikkel ikke byder ind. Atmosfæren synes negativ, idet Mikkel ikke inkluderes. Anders tager en beslutning, og gruppen når således ikke til enighed i fællesskab. Endvidere udviser Søren manglende respekt for Mikkel samt kontrol af følelser, og drengene formår ikke at håndtere konflikten. Gruppernes interrelationelle viden synes dermed mangelfuld, idet de ikke realiserer et godt samarbejde. Dette kan være en mulig forklaring på, hvorfor elevernes grad af deltagelse er ulige fordelt, og en udvikling af læringsmiljøet samt elevernes interrelationelle viden synes derfor nødvendig for at fremme elevernes lige og aktive deltagelse og dermed udvikling af handlekompetence. Samtidig fremmer et positivt læringsmiljø ikke kun elevernes deltagelse men også deres sundhed og trivsel. (Nordahl 2012: 123)

Sammenfattende kan der peges på, at årsagen til, at nogle elever deltager mindre end andre samt at grupperne ikke handler, kan være at finde i manglende engagement og motivation samt en oplevelse af, at handlerummet er begrænset. Her har elevernes individualistiske syn på sundhed samt tiden som rammefaktor sandsynligvis haft en betydning. Endvidere kan elevernes arbejde med udvikling af visioner og indsigt relateret til sundhedsproblemer have haft en betydning, idet disse faktorer er væsentlige for viljen til handling. Herudover kan de valgte deltagelsesformer samt graden af lærerstøtte have haft en effekt. Til sidst skal der peges på læringsmiljøets og den interrelationelle videns betydning for elevernes deltagelse. Disse faktorer kan i forskellig grad have påvirket de enkelte elevers deltagelse.

Elevernes udvikling af handlekompetence

Efter i forrige afsnit at have identificeret mulige årsager til udfordringerne i undervisningen vil dette afsnit undersøge elevernes udvikling af handlekompetence, idet dette var det overordnede formål med undervisningen og dermed også er vigtig for vurderingen af dennes succes. Idet handlekompetence er et dannelsesideal, vil udvikling heraf være en livslang proces, hvor målet aldrig nås. Det bliver således svært at måle udviklingen af handlekompetence i sin helhed, og som lærer må man derfor forlade sig på at evaluere elementer heraf. (Schnack 2005: 11) Med udgangspunkt i min empiri vil jeg derfor undersøge elevernes udvikling af dimensionerne *indsigt*, *visioner*, *engagement*, *kritisk sans* samt *handlerfaringer*, som de beskrives i afsnittet *Handlekompetence som demokratisk dannelsesideal*. Da jeg i forrige afsnit har vurderet elevernes *engagement*, vil jeg ikke komme nærmere ind herpå. Denne undersøgelse må dog ikke betragtes som en fuldstændig klarlægning af elevernes handlekompetence men nærmere som et indblik heri, som kan indgå i lærerens fremadrettede overvejelser vedrørende sundhedsundervisning.

Det første element er *indsigt*, som dækker over elevernes brede, positive og handlingsrettede forståelse af sundhed. (Jensen 2006: 61) For at undersøge elevernes forståelse af begrebet sundhed skulle de i spørgeskemaerne beskrive, hvad de forstår ved et sundt menneske. I spørgeskema I udtrykker 40 % af eleverne et negativt syn på sundhed, idet et sundt menneske af disse elever typisk beskrives som "*en der spiser sundt og dyrker motion*". Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved, hvad eleverne forstår ved det at spise sundt. Elise fortæller dog i interviewet, at det indebærer "*..at spise grøntsager..*", mens Anders fortæller, at "*..der er lave kalorier i..*", hvorfor det synes sandsynligt, at eleverne forbinder sund mad med ernæ-

ringsrigtig kost og ikke nødvendigvis livskvalitet og nydelse. 45 %² af eleverne udtrykker derimod et positivt syn på sundhed, idet de i deres besvarelse typisk beskriver et sundt menneske som ”*En person der har det godt, både fysisk og psykisk*”. I det efterfølgende spørgeskema er antallet af elever, som udtrykker et positivt syn på sundhed steget til 70 %. I den forrige analyse af udfordringer i undervisningen tegnede sig et billede af et snævert sundhedssyn. Spørgeskemaerne viser imidlertid også tegn på en bred forståelse af sundhed. Således svarer 80 % af eleverne i begge spørgeskemaer, at økonomi i nogen eller høj grad påvirker sundhed. Endvidere tillægger flere elever faktorer som miljø/forurening, uddannelse, indeklime samt det at bo et sted med mange fritidsmuligheder en større betydning i spørgeskema II end i spørgeskema I. Livsstilen synes dog at spille den største rolle, idet *alle* eleverne i begge spørgeskemaer svarer, at det, de spiser, i nogen eller høj grad påvirker deres sundhed. Når eleverne tillægger maden stor betydning, kan dette skyldes, at mad netop er omdrejningspunktet i faget.

Det andet element er *visioner*, som omfatter elevernes formulering af alternativer for en sundere fremtid. (Simovska et al. 2015: 20; Sørensen & Koch 2009: 191) I den fælles visionsfase på klassen udtrykker nogle elever visioner for skolen, hvorimod grupperne ikke ekspliciterer sådanne. Spørgeskemaerne giver imidlertid også et indtryk af elevernes visioner for egen sundhed samt sundheden på skolen. Således udtrykker flere elever ideer som at ”*..spise sundere og dyrke mere motion*” for at forbedre egen sundhed. Endvidere beskriver flere elever visioner for skolen som ”*Sundere mad i boden..*” og ”*..mere bevægelse i undervisningen..*”. I begge spørgeskemaer udtrykker lidt under halvdelen af eleverne dog ingen visioner for hverken egen sundhed eller tilstanden på skolen. Dette kan skyldes, at eleverne ikke har oplevet støtte, overskud eller reelle muligheder for at forme egne visioner i undervisningen eller har kendskab til alternativer. (Jensen 2000: 18) Samtidig fordrer det, at eleverne kan se bag om sundhedsproblemer, hvilket kræver kritisk sans og viden, således sammenhænge kan identificeres og spørgsmålstejn kan stilles. (Jensen 2006: 61; Schnack 2005: 22-25; Simovska et al. 2015: 18) De manglende visioner kunne dermed også tyde på, at nogle elever ikke forholder sig kritisk til tingenes tilstand.

For at få et indblik i elevernes *kritiske sans* skulle eleverne i det individuelle interview forholde sig til udsagnet ”*Økologisk mad er sundere end ikke-økologisk mad*”. Her ses det, at

² 15 % af elevernes besvarelser kan ikke kategoriseres, idet to svarer ”*Mig*” og en svarer ”*Det er jeg ikke helt klar over*”.

der er forskel på i hvor høj en grad, eleverne anvender en kritisk grundindstilling samt er i stand til at stille spørgsmålstejn på baggrund af viden, hvilket er væsentligt for den kritiske sans. (Schnack 2005: 22-25) Således forholder Mads sig ikke kritisk men tager nærmere budskabet for pålydende, idet han mangler viden om økologi: *"Ja, det er sikkert meget rigtigt .. Jeg ved ikke noget om det jo, så det regner jeg bare med. Det siger folk også i fjernsynet.."*. Anders forholder sig modsat mere kritisk, inddrager sin viden om emnet og stiller spørgsmålstejn ved budskabet: *"..jeg tænker, det helt klar er sundere. Og det er i forhold til de sprøjtemidler .. Alligevel så kommer det sådan lidt, fordi der har været mange undersøgelser om: Er de her sprøjtemidler, er de i så store mængder, at de kan skade os? Og er det faktisk sundere?"*. Mads forholder sig dog kritisk til udsagnet *"Man er sund, hvis man spiser efter kostrådene"*, idet han påpeger, at *"Kostrådene, det har jo ikke noget at gøre med, om man er glad .. man kan sagtens være helt vildt ked af det og så spise sundt stadig"*. Her inddrager Mads sin viden om kostrådene samt begrebet sundhed til at forholde sig kritisk. Eksemplerne viser altså, at den kritiske sans afhænger af, hvilken viden eleven har indenfor området. (Schnack 2005: 25) Det bliver derfor svært at vurdere elevernes kritiske sans, idet denne afhænger af situationen.

Det sidste element er erfaringer med sundhedsfremmende *handlinger*. Her er det ifølge Jensen vigtigt, at eleverne selv er med til at beslutte at sætte handlingen i værk, samt at denne sigter imod sundhedsfremmende forandring. (Jensen 2007: 27) Eleverne arbejder i forløbet med to handlinger, som begge kan karakteriseres som sundhedsfremmende, idet eleverne er medbestemmende i udviklingen af såvel måltid som handlinger på skolen. Elevernes forslag til handlinger på skolen retter sig imod forbedring af elevens madpakker. Disse afprøves dog ikke, og eleverne opnår derfor ikke erfaringer med fremme af andre elevens sundhed. Elevernes fremstilling af et sundt skolemåltid kan i mindre grad siges direkte at være målrettet løsning af sundhedsproblemer. Imidlertid kan denne handleerfaring potentielt set medvirke til at fremme elevernes egen og måske også andres sundhed, hvorfor denne i princippet også kan karakteriseres som sundhedsfremmende. Idet nogle elever i spørgeskema II skriver, at de kan bruge det, de har lært, *"Når jeg selv laver madpakker"*, til *"At få en bedre kost.."* eller til at *"Give mine børn råd"*, tyder det på, at handlingerne for nogle vil kunne føre til forandringer. Det skal dog bemærkes, at svarene er baseret på en evaluering af udbyttet af det samlede forløb.

På trods af at der kan stilles spørgsmålstejn ved i hvor høj grad, elevernes handlekompetence kan udvikles på seks uger, samt at ovenstående vurdering baserer sig på udvalgte indikatorer og eksempler, som jeg dog vurderer er repræsentative for eleverne, vil jeg sammenfatte følgende: Igennem forløbet er andelen af elever, som har en positiv forståelse af sundhed samt tillægger forskellige faktorer i levevilkårene en større betydning steget. Herudover har eleverne opnået handlerfaringer, som potentielt har kunnet fremme deres egen sundhed. Eleverne har dog ikke opnået erfaringer med fremme af andres sundhed, og det er vanskeligt at konkludere noget om elevernes kritiske sans. Endvidere udtrykker flere elever ikke visioner, og jævnfør forrige afsnit er engagementet over for sundhedsfremme på skolen samt over for andre elever lavt. Dette er problematisk, da handlekompetence omfatter viden, lyst og evne til at handle over for såvel egen som andres sundhed, og både livsstil og levevilkår bør inddrages. Der bør derfor også sættes fokus på sundhedsfremme, som rækker ud over eleven selv, hvis eleverne i overensstemmelse med formålsparagraffen skal kvalificeres til rollen som medbestemmende og medansvarlig deltager i et demokratisk samfund. (Jensen 2006: 56-67; Jensen 2007: 26)

Konsekvenser for en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning

På baggrund af de analyserede udfordringer samt elevernes udvikling af handlekompetence i forløbet vil jeg i det følgende afsnit pege på, hvad læreren skal være opmærksom på i en demokratisk og handlingsorienteret sundhedsundervisning, samt hvad denne kan gøre for, at eleverne i højere grad deltager og handler sundhedsfremmende, således de udvikler deres handlekompetence.

Idet skolens sundhedsundervisning skal medvirke til, at eleverne udvikler handlekompetence, således de nu og i fremtiden kan deltage i forandringsprocesser og handle for at fremme egen og andres sundhed, skal eleverne udvikle visioner samt ansvar over for forandringer af såvel individuelle som samfundsmæssige forhold. (Jensen 2006: 56-57 & 67; Schnack 2005: 16-17 & 29) Dette fordrer, at handleperspektivet kommer til at rette sig imod såvel livsstil som levevilkår, således et individualistisk perspektiv på sundhed overskrides, samt at individets versus samfundets ansvar problematiseres og diskuteres. (Jensen 2006: 59-60) Skal elevernes engagement over for fremme af andres sundhed vækkes, må deres individualistiske syn på sundhed således udfordres og overskrides. I denne sammenhæng påpeger Jensen, at "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” (Jensen 2006: 60). Der må altså sigtes imod en bevidsthed om forskellige handleformer i relation til sundhedsfremme, således handlemuligheder samt forandringsstrategier kan udvikles, og det oplevede handlerum nærmer sig det faktiske. Herved kan elevernes forventning om mestring i relation til sundhedsfremme muligvis øges. Endvidere kan læreren inddrage eksempler på andre unges deltagelse i sundhedsfremmende projekter i undervisningen, således eleverne ser, hvorledes andre har lykkedes med en sådan opgave. Andenhånds-erfaringer kan nemlig også være en kilde til forventning om mestring. (Krog & Andersen 2013: 372)

For at skabe et nuanceret syn på handlemuligheder og dermed udfordre et individualistisk perspektiv på sundhed kan nedenstående model inddrages i undervisningen. Denne illustrerer, at sundhedsfremmende forandringer kan være direkte eller indirekte samt finde sted på baggrund af individuelle eller kollektive handlinger. Modellen kan endvidere anvendes som udgangspunkt for udvikling af forandringsstrategier. (Jensen 2006: 60; Sørensen & Koch 2009: 28-29)

1. Individuel og direkte handling	2. Individuel og indirekte handling
3. Kollektiv og direkte handling	4. Kollektiv og indirekte handling

Figur 1. Fire forskellige kategorier af handling som udgangspunkt for udvikling af strategi.
Efter Jensen 2006: 60

Ved at sætte fokus på udvikling af forandringsstrategier får eleverne sandsynligvis også større mulighed for at tage udgangspunkt i og realisere deres egne visioner og ikke kun de visioner, som umiddelbart synes opnåelige. Hvis det lykkedes at udfordre elevernes individualistiske perspektiv på sundhed og dermed øge deres følelse af medansvar over for løsning af fælles sundhedsproblemer, kan undervisningen måske i højere grad blive menings- og værdifuld for eleverne og dermed føre til øget deltagelse heri.

For at fremme elevernes aktive og lige deltagelse i undervisningen må fokus endvidere rettes imod læringsmiljøet, da dette spiller en afgørende rolle for elevernes adfærd. (Nordahl 2012: 129) Et læringsfremmende læringsmiljø er bl.a. karakteriseret ved positive sociale relationer, respekt, tryghed, ansvarlighed, retfærdighed og omsorg. (Madsen 2014: 54-55) Elevernes deltagelse i sociale sammenhænge og dermed deltagelse i undervisningen afhænger desuden af deres sociale kompetence. Ifølge Nordahl indebærer social kompetence i en skolesammenhæng empati, samarbejde, selvhævdelse, selvkontrol og ansvarlighed. (Nordahl 2012: 191 & 196-199) Der ses således mange ligheder med begrebet interrelationel viden. (Simovska

2012: 101) For at udvikle et læringsfremmende læringsmiljø med positive sociale relationer, hvor eleverne er aktive og lige deltagere, mener jeg, at en sådan social kompetence må værdsættes. Den sociale kompetence, som værdsættes af læreren, er nemlig en væsentlig faktor i læringsmiljøet og dermed også for udviklingen heraf. For at fremme elevernes sociale kompetence må denne anvendes, efterspørges, opmuntres og værdsættes i læringsmiljøet. (Nordahl 2012: 128-129 & 201)

Analysen af udfordringer i undervisningen viste endvidere, at tiden på flere måder var en begrænsning for undervisningen. Erfaringer fra andre sundhedsfremmende projekter viser ligeledes, at deltagerorienterede tilgange til sundhedsfremme er tidskrævende. (Nordin et al. 2010: 91) Skal eleverne have reelle muligheder for at igangsætte handlinger, undersøge og identificere en problemstilling, udvikle visioner samt søge den relevante viden indenfor alle fire dimensioner af sundhedsmæssig indsigt, kræver det, at eleverne får tid hertil. Og netop visioner samt sundhedsmæssig indsigt er vigtig for viljen til at handle. (Jensen 2006: 64) Hvis forløbet tildelte mere tid ville det faktiske handlerum blive udvidet, og opgavens værdisætning være øget, idet opgavens omkostninger ville blive mindsket. Herved kunne elevernes iværksættelse af handlinger i højere grad have været tilgodeset. Erfaringerne fra praktikken giver mig endvidere anledning til at sætte spørgsmålstegn ved, om elevopgaven og målene i praktikken var realistiske og afstemt med den tilgængelige tid, og om dette kunne have influeret negativt på elevernes motivation til deltagelse. Det er nemlig afgørende for elevers motivation, at de føler sig kompetente til at kunne indfri forventningerne. (Formandskabet for Rådet for Evaluering og Kvalitetsudvikling af Folkeskolen 2013: 45) Læreren må derfor også overveje, om omfanget af og forventningerne til det sundhedsfremmende projekt stemmer overens med tidsperspektivet, således eleverne ikke oplever tiden som en barriere for at kunne leve op til forventningerne og handle.

Analysen af udfordringerne i undervisningen tydede endvidere på, at elevernes medbestemmelse i nogle af undervisningens faser skulle have været anderledes. Disse erfaringer viser bl.a., at når undervisningen lægger op til elevinddragelse, er det væsentligt, at den valgte deltagelsesform passer til deltagerne og situationen. (Simovska et al. 2015: 16) Endvidere er det vigtigt at sikre, at eleverne opnår reel medbestemmelse i undervisningen, idet elevernes motivation, engagement og ejerskab og dermed deltagelse afhænger heraf. Eleverne må opleve, at projektet er deres eget og dermed interessant at arbejde med. (Nordin et al. 2010: 93-94; Sundhedsstyrelsen 2010: 7-8 & 12-14) Ved i højere grad at inddrage eleverne i valg af emne,

indhold og udformning af mål vil flere elever måske opleve undervisningen som meningsfuld og dermed øge deres deltagelse. (Hiim & Hippe 2007: 79; Madsen 2014: 55) Herudover vil en øget medbestemmelse i relation til arbejdet med den sundhedsmæssige indsigt sandsynligvis kunne føre til, at elevernes egne visioner i højere grad bliver udgangspunkt for handling og dermed medvirke til at øge engagementet. Udvikling af visioner fremmer nemlig elevernes ejerskab, motivation og engagement. (Carlson 2012: 81) Elevernes medbestemmelse kan dog være en udfordring for læreren, idet denne må opgive sin traditionelle magtposition og kontrol. (Nordin et al. 2010: 91) Skal eleverne i højere grad inddrages i planlægningen af undervisningen, fordrer det, at læreren må leve med, at undervisningen ikke kan planlægges i detaljer på forhånd og bliver mere uforudsigelig. Modsat betyder elevernes medbestemmelse ikke, at lærerens ansvar mindskes. Læreren må nemlig være bevidst om, at det stadig er dens ansvar at fastholde det faglige overblik. (Sørensen & Koch 2009: 133-134)

Elevernes deltagelse afhænger desuden af, at læreren guider og understøtter eleverne i deres arbejde med at iværksætte sundhedsfremmende forandringer. (Nordin et al. 2010: 90) Analysen af udfordringerne tydede på, at læreren i højere grad skulle have vejledt og støttet grupperne i at identificere en problemstilling, udvikle visioner samt igangsætte handlinger på skolen. Det er således vigtigt, at læreren påtager sig sit ansvar for at kvalificere den fælles dialog og arbejdsprocesserne gennem vejledning. (Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling 2014b; Simovska et al. 2015: 17)

Hvis det skal lykkes at skabe en undervisning, hvor eleverne deltager og handler, må læreren være bevidst om sit ansvar for at støtte elevernes arbejde samt give eleverne mulighed for medbestemmelse, således elevernes motivation vækkes. Endvidere er det vigtigt, at der er overensstemmelse mellem forventningerne til projektet og tidsperspektivet, samt at eleverne får tid til og reelle muligheder for at undersøge problemstillinger, udvikle visioner, opnå indsigt samt handle. For at øge elevernes motivation må der sættes fokus på forskellige handleformer, således et individualistisk perspektiv kan overskrides, og forandringsstrategier kan udvikles. Det handler altså i høj grad om at udvide såvel det faktiske som det oplevede handleum. Samtidig må elevernes sociale kompetence værdsættes, således et positivt læringsmiljø fremmes.

Disse anbefalinger må imidlertid ikke opfattes som en opskrift på sundhedsfremmende undervisning men nærmere som opmærksomhedspunkter og forslag til handlinger. Undervis-

ning må nemlig altid ses i sammenhæng med faktorer som elevforudsætninger, læringsmiljøet samt rammefaktorer. (Hiim & Hippe 2007: 77-82; Nordahl 2012: 127) Endvidere bygger forslagene på mine oplevelser af udfordringer i et undervisningsforløb på tre uger. Der kan derfor stilles spørgsmålstejn ved, hvad der kan konkluderes på baggrund heraf, og andre lærere og eleverne ville måske opleve og fortolke undervisningen anderledes. (Nordahl 2012: 133-134) Jeg har derfor søgt at inddrage forskellige perspektiver på udfordringerne, således forskellige mulige årsager identificeres. Ved at inddrage elevernes perspektiv igennem empirien understøtter jeg endvidere mine oplevelser og fortolkninger. Herudover inddrages såvel erfaringer fra andre sundhedsfremmende projekter som teori til at forstå disse udfordringer samt pege på mulige løsninger heraf, og forslagene bygger således ikke kun på mine oplevelser.

Konklusion

Langt de fleste danske elever er sunde. Alligevel findes et stort mindretal, som har en ringe sundhed samt en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Blandt eleverne ses samtidig en tendens til en social ulige fordeling af sundheden. Det bliver derfor vigtigt at undervise sundhedsfremmende i folkeskolen. Sundhedsfremmende undervisning sigter nemlig imod, at eleverne alene og sammen med andre bliver i stand til at tage kritisk stilling, træffe sunde valg og handle for at fremme egen og andres sundhed. Eleverne skal altså blive i stand til at medvirke til forandring af såvel livsstil som levevilkår, og der sigtes imod udvikling af elevernes sundhedsmæssige handlekompetence. Udvikling af elevernes sundhedsmæssige handlekompetence kan således også ses som en del af et overordnet demokratisk, politisk dannelsesideal om handlekompetence, som sigter imod en kvalificering til rollen som deltager i et demokratisk samfund.

Når sundhedsfremmende undervisning integreres i madkundskab, må den sundhedsmæssige handlekompetence sættes i relation til madområdet. Endvidere må undervisningen være præget af elevmedbestemmelse, deltagelse og handling, når der sigtes imod udvikling af elevernes sundhedsmæssige handlekompetence. Undervisningen skal således være demokratisk og handlingsorienteret, og IVAC-metoden er et eksempel på en sådan tilgang. Her undersøger eleverne en sundhedsmæssig problemstilling, udvikler visioner og igangsætter handlinger, der sigter imod at skabe forandring. Eleverne arbejder således med at udvikle handlekompetens dimensioner: Indsigt, visioner, engagement, handleerfaringer og kritisk sans.

Erfaringerne fra praktikken viste imidlertid to udfordringer forbundet med gennemførslen af en sådan type undervisning: Nogle elever deltog i mindre grad i undervisningen, og grupperne afprøvede ikke handlinger på skolen. Da såvel deltagelse som handleerfaringer anses som centrale for udvikling af handlekompetence, må læreren søge at skabe de bedste muligheder herfor i undervisningen. På baggrund af analysen af udfordringerne kan der fremsættes forskellige forslag hertil. Idet elevernes deltagelse og handling afhænger af deres engagement, må denne vækkes igennem undervisningen. Når der lægges op til fremme af andres sundhed, må et eventuelt individualistisk syn på sundhed derfor udfordres, således elevernes engagement og undervisningens meningsfuldhed fremmes. Der må desuden sættes fokus på forskellige handleformer og forandringsstrategier, således eleverne oplever handlemuligheder og har en forventning om at mestre opgaven. Idet en følelse af ejerskab fører til øget deltagelse, må der desuden sættes fokus på udvikling heraf gennem medbestemmelse. Medbestemmelse kan endvidere medføre, at eleverne oplever undervisningen som mere meningsfuld og motiverende. Det er dog vigtigt, at læreren finder den rette deltagelsesform, således denne passer til elevgruppen og konteksten. Endvidere betyder medbestemmelse ikke, at lærerens ansvar bliver mindre, og dennes vejledning og støtte er vigtig for elevernes deltagelse. Herudover er udvikling af visioner og indsigt vigtig for viljen og engagementet til at handle, hvorfor der må gives tid og støtte til at arbejde hermed. Tiden er samtidig vigtig for at sikre et reelt handleum, og denne bør stemme overens med forventningerne til projektet, således eleverne føler sig kompetente til at leve op hertil og dermed motiverede for at deltage. Sidst men ikke mindst influerer læringsmiljøet på undervisningen og elevernes deltagelse heri, og dette må derfor være positivt med værdsættelse af social kompetence og interrelationel viden, således relationerne og interaktionerne mellem eleverne bliver positive og læringsfremmende.

Litteratur

- Akselsen, K. & Mejding, K. (2007). Tag fat. I K. Akselsen & K. Mejding (Red.), *Tag fat og hold fast: Sundhed i skolen* (s. 7-11). København: Kræftens Bekæmpelse.
- Bagger, G. B. & Boding, J. (2010). *Professionsbacheloropgaven i læreruddannelsen*. Frederikshavn: Dafolo.
- Bundgård, M. B., Iversen, E. B. & Lund, T. S. (2014). *Sociologisk SET: En grundbog i sociologi* (2. udg.). Aarhus: Systime.
- Carlsen, H. B. & Pedersen, A. T. (2014). *Madkundskab*. København: Akademisk Forlag.
- Carlson, M. (2012). Sundhedspædagogiske perspektiver på læring og undervisning. I V. Simovska & J. M. Jensen (Red.), *SundhedsPÆDAGOGIK i sundhedsfremme* (s. 69-84). København: Gads Forlag.
- Folkeskoleloven, LBK nr. 1534 af 11/12/15. § 1. (2015).
- Formandskabet for Rådet for Evaluering og Kvalitetsudvikling af Folkeskolen. (2013). *Beretning om evaluering og kvalitetsudvikling af folkeskolen 2013*. Lokaliseret 27. marts. 2016, på <http://www.altinget.dk/misc/Beretning%20om%20evaluering%20og%20kvalitetsudvikling%20af%20folkeskolen%202013.pdf>
- Fødevarestyrelsen. (2013). *Gi' madpakken en hånd* (4. udg.). Lokaliseret 9. februar 2016, på <http://altomkost.dk/publikationer/publikation/pub/hent-fil/publication/gimadpakken-en-haand/>
- Guldager, J. (2015). *Videnskabsteori: En indføring for praktikere*. København: Akademisk Forlag.
- Halkier, B. (2015). Fokusgrupper. I L. Tanggaard & S. Brinkmann (Red.), *Kvalitative metoder* (2. udg., s.137-151). København: Hans Reitzels Forlag.

Harboe, T. (2010). *Metode og projektskrivning: En introduktion*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.

Heckmann, L. S. (2013). *Den gode time*. Frederikshavn: Dafolo.

Hiim, H. & Hippe, E. (2007). *Læring gennem oplevelse, forståelse og handling: En studiebog i didaktik* (2. udg.). København: Nordisk Forlag.

Holstein, B. (2015). Sundhedsproblemer blandt skolebørn. I V. Simovska, U. Pedersen, J. M. Jensen & S. Broström (Red.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme i dagtilbud og skole: Praktisk guide til en helhedsorienteret indsats* (s. 141-151). Frederikshavn: Dafolo.

Jacobsen, C. (2005). *Sundhed i pædagogisk praksis*. Aarhus: Systime Academic.

Jensen, B. B. (2000). Den Sundhedsfremmende Skole – nogle grundbegreber og fremtidige udfordringer. I B. B. Jensen (Red.), *Handling, læring og forandring: Beretninger fra Den Sundhedsfremmende Skole* (s. 7-21). København: Danmarks Lærerhøjskole og Komiteen for Sundhedsoplysning.

Jensen, B. B. (2006). Sundhedsfremme i dannelsesmæssigt og pædagogisk perspektiv. I K. Akselsen & B. Koch (Red.), *Sundhed, udvikling og læring: Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed* (s. 56-76). Værløse: Billesø & Baltzer.

Jensen, B. B. (2007). Handlekompetence er noget man handler sig til. I K. Akselsen & K. Mejding (Red.), *Tag fat og hold fast: Sundhed i skolen* (s. 25-31). København: Kræftens Bekæmpelse.

Jensen, B. B. & Jensen, B. (2005). *Unge tanger om ulighed, sundhed og handling for sundhed*. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.

Krogh, L. B. & Andersen, H. M. (2013). Elevers motivation i undervisningen. I E. Damberg, J. Dolin, G. H. Ingerslev & P. Kaspersen (Red.), *Gymnasiepædagogik: En grundbog* (2. udg., s. 365-386). København: Hans Reitzels Forlag.

Larsen, K. (2010). Pierre Bourdieu. I P. T. Andersen & H. Timm (Red.), *Sundhedssociologi: En grundbog*. København: Hans Reitzels Forlag.

Madsen, C. (2014). *Involverende læringsevaluering: Når evaluering fremmer læring*. Frederikshavn: Dafolo.

Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. (2014a). *Fagformål for og introduktion til emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab*. Lokaliseret 12. februar 2016, på <http://www.emu.dk/modul/sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab-fælles-mål-læseplan-og-vejledning#>

Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. (2014b). *Vejledning for emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab*. Lokaliseret 4. februar 2016, på <http://www.emu.dk/modul/vejledning-emnet-sundheds-og-seksualundervisning-og-familiekundskab#>

Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. (2014c). *Fagformål for og introduktion til faget madkundskab*. Lokaliseret 20. februar 2016, på <http://www.emu.dk/modul/madkundskab-fælles-mål-læseplan-og-vejledning>

Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. (2014d). *Fagformål for og introduktion til faget madkundskab valgfag*. Lokaliseret 20. februar 2016, på <http://www.emu.dk/modul/madkundskab-valgfag-mål-læseplan-og-vejledning>

Ministeriet for børn, undervisning og ligestilling. (2014e). *Vejledning for faget madkundskab*. Lokaliseret 20. februar 2016, på <http://www.emu.dk/modul/vejledning-faget-madkundskab>

Nordahl, T. (2012). *Eleven som aktør: Fokus på elevens læring og handlinger i skolen* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.

Nordin, L. L., Jensen, J. M. & Simovska, V. (2010). Unges deltagelse i sundhedsfremme: Hvad siger litteraturen. *Cursiv*, (nr. 5), 77-100.

Nordin, L. L., Madsen, K. D. & Simovska, V. (2015). Sundhedsfremme – fra politiske intentioner til didaktisk praksis i folkeskolen. I V. Simovska, U. Pedersen, J. M. Jensen & S. Broström (Red.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme i dagtilbud og skole: Praktisk guide til en helhedsorienteret indsats* (s. 173-181). Frederikshavn: Dafolo.

Ploug, N. (2007). Teorier om betydningen af social baggrund og chanceulighed. I N. Ploug (Red.), *Social arv og social ulighed* (s. 26-47). København: Hans Reitzels Forlag.

Rasmussen, M., Pedersen, T. P. & Due, P. (Red.). (2015). *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed. Lokaliseret 9. februar 2016, på <http://www.hbsc.dk/downcount/HBSC-Rapport-2014.pdf>

Saugsted, T. (2009). Sundhedspædagogiske overvejelser. I R. Mach-Zagal & T. Saugsted (Red.), *Sundhedspædagogik for praktikere* (3. udg., s. 33-51). København: Munksgaard.

Schnack, K. (2005). Handlekompetence. I N. J. Bisgaard & J. Rasmussen (Red.), *Pædagogiske teorier* (4. udg., s. 15-30). Værløse: Billesø & Baltzer.

Schnack, K. (2011). Dannelsesbegrebet i skolen. I H. J. Kristensen & P. F. Lauersen (Red.), *Gyldendals pædagogikhåndbog: Otte tilgange til pædagogik* (s. 28-43). København: Gyldendal.

Simovska, V. (2012). Deltagelse: Et nøglebegreb, princip og strategi inden for sundhedspædagogik og sundhedsfremme. I V. Simovska & J. M. Jensen (Red.), *SundhedsPÆDAGOGIK i sundhedsfremme* (s. 85-105). København: Gads Forlag.

Simovska, V. (2015). At skabe handling og forandring – de (tvær)faglige synsvinkler i sundhedspædagogisk praksis. I V. Simovska, U. Pedersen, J. M. Jensen & S. Broström (Red.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme i dagtilbud og skole: Praktisk guide til en helhedsorienteret indsats* (s. 153-161). Frederikshavn: Dafolo.

Simovska, V. & Jensen, J. M. (2012). Sundhedspædagogik og sundhedsfremme: Principper og sammenhænge. I V. Simovska & J. M. Jensen (Red.), *SundhedsPÆDAGOGIK i sundhedsfremme* (s. 19-32). København: Gads Forlag.

Simovska, V., Pedersen, U., Jensen, J. M. & Broström, S. (2015). Helhedsorienteret sundhedspædagogik og sundhedsfremme i dagtilbud og skole. I V. Simovska, U. Pedersen, J. M. Jensen & S. Broström (Red.), *Sundhedspædagogik og sundhedsfremme i dagtilbud og skole: Praktisk guide til en helhedsorienteret indsats* (s. 11-27). Frederikshavn: Dafolo.

Skaalvik, E. M. & Skaalvik, S. (2007). *Skolens læringsmiljø: Selvopfattelse, motivation og læringsstrategier*. København: Akademisk Forlag.

Sundhedsstyrelsen. (2010). *Inddragelse af unge i sundhedsprojekter: Opsummering af en DTU-litteraturgennemgang*. København: Sundhedsstyrelsen.

Szulevicz, T. (2015). Deltagerobservation. I L. Tanggaard & S. Brinkmann (Red.), *Kvalitative metoder* (2. udg., s. 81-96). København: Hans Reitzels Forlag.

Sørensen, K. & Koch, B. (2009). *Den Sundhedsfremmende Skole: Et inspirationsmateriale til teori og praksis*. Haderslev: University College Syd.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2015). Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I L. Tanggaard & S. Brinkmann (Red.), *Kvalitative metoder* (2. udg., s. 29-53). København: Hans Reitzels Forlag.

Undervisningsministeriet. (2009). *Fælles Mål 2009. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. Faghæfte 21. Undervisningsministeriets håndbogsserie nr. 23 – 2009*. Lokaliseret 6. februar 2016, på https://www.uvm.dk/~media/Publikationer/2009/Folke/Faelles%20Maal/Filer/Faghaefter/090708_sund_sex_07.ashx

Undervisningsministeriet. (2014). *Læseplan for emnet sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab*. Lokaliseret 6. februar 2016, på

<http://www.emu.dk/sites/default/files/Læseplan%20for%20sundheds-%20og%20seksualundervisning%20og%20familiekundskab.pdf>

World Health Organization. (2016). *Health*. Lokaliseret 4. februar 2016, på

<http://www.who.int/trade/glossary/story046/en/>

Bilag 1: Undervisningsplan for madkundskab valghold

Aktuel status: Madkundskab valghold består af 23 elever fra 7., 8. og 9. klasse. Holdet har tidligere arbejdet med sundhed i relation til fastfood samt madkultur.

Formål: Den overordnede hensigt med forløbet er, at eleverne udvikler deres handlekompetence samt viden og færdigheder i relation til sundhed. Det ønskes, at eleverne på sigt udvikler viden, lyst og evner til at handle for at fremme egen og andres sundhed. Handlekompetence kan konkretiseres som indsigt, engagement, visioner, handleerfaringer og kritisk sans. I undervisningsforløbet vil vi forsøge at indtænke disse elementer.

Tilrettelæggelse af undervisningen: Læringssynet vil være sociokulturelt inspireret, hvor eleverne udvikler deres læring i samspil med andre. Der lægges derfor op til, at eleverne samarbejder i undervisningen samt fælles klassesamtaler. I ugerne 47-49 vil undervisningen være inspireret af IVAC-metoden, hvor der særligt lægges vægt på elevernes deltagelse og medbestemmelse i undervisningen. Arbejdet bevæger sig imellem faserne undersøgelse, visioner, handlinger og forandringer. Vi lader os inspirere af denne metode, da denne arbejdsform kan medvirke til at fremme elevernes handlekompetence. Vores rolle vil være mere styrende og rammesættende i begyndelsen af forløbet og senere mere vejledende, da eleverne her skal være mere medbestemmende. Eleverne har forskellige forudsætninger, da de er på tre forskellige klassetrin. Vi vil derfor forsøge at differentiere undervisningen. Undervisningen differentieres overvejende gennem åbne opgaver, som eleverne kan løse på forskellige niveauer og på forskellige måder. Herudover skal eleverne arbejde i blandede grupper, således de kan udnytte hinandens forskellige forudsætninger til at løse opgaver i samarbejde med hinanden og lære af hinanden.

Evaluering af undervisningen: Undervisningen evalueres gennem samtale på holdet og med de enkelte elever for løbende at kunne justere og tilpasse undervisningen og læringsmålene til elevernes niveau. Den løbende evaluering suppleres med elevernes egne logbøger, hvori de skal reflektere over dagens undervisning. I undervisningen vil eleverne skulle fremstille forskellige typer produkter, som ligeledes vil indgå i evalueringen. Herudover vil vi udlevere spørgeskemaer, som eleverne skal udfylde før og efter forløbet. Formålet med det første spørgeskema er at undersøge elevernes aktuelle sundhedsforståelse og samtidig sende et signal til eleverne om, hvad undervisningen fremadrettet vil handle om. Det afsluttende spørgeskema skal give os et indblik i, om elevernes sundhedsforståelse har ændret sig gennem undervisningsforløbet.

Uge 43: Innovationsuge	
	Ingen undervisning. Udlevering af spørgeskema.
Uge 44: Opstart - Hvad er sundhed? – Sundhedspolitikker	
Mål	Indhold: Emne, aktivitet og materiale
<i>Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab</i> Kompetenceområde: Sundhed og trivsel Kompetencemål: Eleven kan fremme egen og andres sundhed og trivsel med udgangspunkt i demokrati og rettigheder.	Præsentation af os. Kort præsentation af praktikkens indhold og mål. Opsamling på spørgeskema: Har alle udfyldt? Ellers gives tid hertil. Hvad er sundhed? Og hvad påvirker sundhed?

<p><u>Færdigheds- og vidensmål</u> indenfor sundhedsfremme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven kan diskutere hvordan sundhed og trivsel kan fremmes gennem sundhedspolitikker. - Eleven har viden om sundhedspolitikker. <p><u>Læringsmål:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven har viden om skolens sundhedspolitik. - Eleven har viden om sundhedsbegreber. - Eleven kan forholde sig kritisk til skolens sundhedspolitik. <p><u>Tegn på læring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven beskriver skolens sundhedspolitik. - Eleven giver eksempler på sundhedsbegreberne og peger på forskelle/ligheder imellem begreberne. - Eleven diskuterer forekomsten og anvendelsen af skolens sundhedspolitik. 	<p>De fire sundhedsbegreber og eksempler på sundhed indenfor hvert begreb.</p> <p>Skolens sundhedspolitik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Har I kendskab til politikken? - Overholdes politikken? - Skal, kan og hvordan har skolen indflydelse på jeres sundhed? - Hvorfor have en sundhedspolitik? - Hvilket sundhedsbegreb er repræsenteret i skolens sundhedspolitik? <p>Virksomhedsformer: Eleverne arbejder kommunikativt og analytisk, når de analyserer og diskuterer skolens sundhedspolitik og sundhedsbegreberne.</p> <p>OBS: 9. klasse er fraværende (11 elever).</p>
<p>Uge 45: Go Cook – Økologi</p>	
<p style="text-align: center;">Mål</p> <p><i>Madkundskab valgfag</i></p> <p>Kompetenceområde: Fødevarerbevidsthed</p> <p>Kompetencemål: Eleven kan foretage begrundede valg af fødevarer i forhold til produktion, kvalitet og madoplevelse.</p> <p><u>Færdigheds- og vidensmål</u> indenfor bæredygtighed fase 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven kan vurdere fødevarerproblematikker. - Eleven har viden om industriel fødevarerproduktion. <p><u>Læringsmål:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven har viden om økologisk fødevarerproduktion. - Eleven kan diskutere økologi i relation til sundhed. <p><u>Tegn på læring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleverne beskriver, hvad økologi er, når de i grupper diskuterer samt under opsamlingen. - Eleverne argumenterer for og imod valg af økologi og henviser til eget syn på sundhed. 	<p style="text-align: center;">Indhold: Emne, aktivitet og materiale</p> <p>Der arbejdes med årets "Go Cook" materiale: "Økologi, eller hvad?" Særligt afsnittene "Er økologisk mad sundere?" og "Er økologi sundere for naturen".</p> <p>Hvad er økologi med udgangspunkt i s. 5-7 i materialet.</p> <p>Gruppediskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er økologisk mad sundere end konventionelt produceret mad? - Hvilke argumenter for og imod? - Ud fra hvilket sundhedsbegreb? <p>Der arbejdes her med elevernes kritiske sans. Diskussionen tager udgangspunkt i afsnittene "Er økologisk mad sundere?" og "Er økologi sundere for naturen" på s. 26.</p> <p>Blindsmagning af økologiske og konventionelle gulerødder.</p> <p>I grupper tilberedes opskrifterne på s. 28-31: "Gulerodssalat", "Korn-Otto" og "Gulerodssuppe".</p> <p>Samtale: Hvordan vurderer I madens sundhedsværdi? Hvad med måltidssituationen? Måltidet sættes i relation til det brede og positive sundhedsbegreb: Den fysiske, psykiske og sociale dimension af sundhed.</p>

	<p>Virksomhedsformer: Eleverne arbejder håndværksmæssigt, når de fremstiller retter. Herudover arbejder eleverne kommunikativt og analytisk med opgaver fra "Go Cook" samt analyse af gulerødderne.</p>
<p>Uge 46: Kostmodeller – Energigivende stoffer – Ernæringsforbedring</p>	
<p style="text-align: center;">Mål</p> <p><i>Madkundskab valgfag</i></p> <p>Kompetenceområde: Mad og sundhed</p> <p>Kompetencemål: Eleven kan foretage madvalg ud fra målgrupper og forholde sig kritisk til madkommunikation.</p> <p><u>Færdigheds- og vidensmål</u> indenfor sund mad til målgrupper fase 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven kan udvikle en opskrift ud fra sundhedskriterier. - Eleven har viden om sundhedskriterier i opskrifter. <p><u>Læringsmål:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven har viden om kulhydrat, fedt og protein. - Eleven kan redegøre for i hvilke fødevarer de forskellige energigivende stoffer findes. - Eleven har viden om energicirklen, De officielle kostråd, Y-tallerkenen og Madpakkehånden. - Eleven kan analysere og vurdere to forskellige typer boller ud fra bollernes ernæringsmæssige værdi, smag og konsistens. <p><u>Tegn på læring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven redegør for, hvad kulhydrat, fedt og protein er og beskriver deres overordnede funktion i kroppen. - Eleven nævner fødevarer, hvori kulhydrat, fedt og protein indgår. - Eleven beskriver indholdet af energicirklen, De officielle kostråd, Y-tallerkenen og Madpakkehånden. - Eleven peger på forskelle og ligheder imellem den oprindelige og ernæringsforbedrede opskrift. - Eleven vurderer de ernæringsforbedrede ingrediensers sundhedsmæssige værdi. - Eleven sammenligner smag og konsistens i to forskellige boller. 	<p style="text-align: center;">Indhold: Emne, aktivitet og materiale</p> <p>Der arbejdes med De officielle kostråd, Madpakkehånden, energicirklen, Y-tallerkenen og de energigivende næringsstoffer fedt, kulhydrat og protein ud fra materialet "Madklassen" (del 1).</p> <p>Eleverne arbejder praktisk med tilberedning af klassiske boller og ernæringsforbedrede fuldkornsboller.</p> <p>Analyse og vurdering af bollernes sundhedsmæssige værdi, smag og konsistens.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vurdering af smag og konsistens. - Hvad er forskellen på bollernes ingredienser? - Hvori består ernæringsforbedringerne? - Hvilken bolle er sundest? <p>Virksomhedsformer: Eleverne arbejder håndværksmæssigt og oplevelsesmæssigt, når de fremstiller og vurderer bollerne. Eleverne arbejder kommunikativt og analytisk, når de beskæftiger sig med kostråd og kostmodeller samt analyserer og vurderer bollerne.</p>

Uge 47-49: Måltider i skolen – IVAC-modellen	
Mål	Indhold: Emne, aktivitet og materiale
<p><i>Madkundskab valgfag</i></p> <p>Kompetenceområde: Mad og sundhed</p> <p>Kompetencemål: Eleven kan foretage madvalg ud fra målgrupper og forholde sig kritisk til madkommunikation.</p> <p><u>Færdigheds- og vidensmål</u> indenfor sund mad til målgrupper fase 1 og fase 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven kan udvikle en opskrift ud fra sundhedskriterier. - Eleven har viden om sundhedskriterier. - Eleven kan tilpasse egen opskrift til bestemte målgrupper. - Eleven har viden om målgruppers madtraditioner og ernæringsbehov. <p><u>Læringsmål:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven kan finde, tilpasse eller udvikle en opskrift, således den passer til skoleelevers ernæringsbehov. - Eleven kan fremstille et sundt måltid til skoleelever under hensynstagen til sundhedskriterier og madtraditioner forbundet med frikvarteret. - Eleven kan udvikle visioner og forslag til handlinger, der fremmer sunde måltider på skolen, under hensyntagen til det brede og positive sundhedsbegreb. - Eleven kan afprøve og evaluere egne sundhedsfremmende handlinger. <p><u>Tegn på læring:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Eleven begrundet sit valg af opskrift og ret ud fra hensyn til skoleelevers madtraditioner og energicirklen, rådene i Y-tallerkenen, Madpakkehånden eller De officielle kostråd. - Eleven tænker kreativt, overvejer alternativer og foreslår ideer til sundhedsfremmende handlinger. - Eleven henviser til elementer i det brede og positive sundhedsbegreb i sin argumentation for forslag til handlinger. - Eleven deltager aktivt i gennemførelsen af sundhedsfremmende handlinger. - Eleven iagttager og beskriver effekten af de sundhedsfremmende handlinger. 	<p>Eleverne skal arbejde med, hvordan de kan fremme/styrke sunde måltider på skolen samt fremstille et eksempel på et sundt skolemåltid.</p> <p>Uge 47 Opstart på forløbet og introduktion til arbejdsmetoden. Læringsmål for forløbet, krav til opgaven samt rammer for denne præsenteres.</p> <p>Grupperne skal overholde overordnet tidsplan med delmål: I uge 48 skal de være klar til at arbejde med punkt 1 og i uge 49 skal de være klar til at arbejde med punkt 2.</p> <p>Der stilles krav om to typer handlinger i forløbet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Grupperne skal arbejde med, hvordan de som elever kan medvirke til at fremme sunde måltider for andre og sig selv på skolen. Eleverne skal også overveje, hvor der er størst behov og hvordan de henvender sig til denne målgruppe. Eksempler: Plakater, reklamer, sociale medier, rollemodel/trendsætter. 2. Grupperne skal fremstille et sundt skolemåltid og en opskrift hertil. Hvis det er muligt, skal eleverne gerne selv foreslå denne handling. <p>Arbejdet forløber igennem IVAC-metodens elementer. Eleverne skal arbejde med begge opgaver/handlinger i alle de følgende faser:</p> <p>UNDERSØGELSE: Hvad er problemet? Hvordan ser tilstanden ud nu? Hvad er årsagerne til problemet? Hvordan spiller livsstil og levevilkår ind? Hvad oplever I? Er der noget I ønsker at forbedre/forandre? Hvorfor er emnet vigtigt for os? Fælles på klassen.</p> <p>VISIONER: Hvilke alternativer kan vi forestille os? Hvilke alternativer findes i andre kontekster? Hvilke alternativer vil vi foretrække og hvorfor? Hvad ville det ideelle eller bedste og sunde(st) måltid i skolen være? Hvad karakteriserer det? Fælles brainstorm på klassen.</p> <p>I grupper: VISIONER (se også visionsfasen ovenfor): Visioner og ideer i forhold til, hvad gruppen ønsker at forbedre. Gruppen skal udvælge et fokusområde. Hvordan ser det ideelt set</p>

	<p>ud?</p> <p>HANDLINGER OG FORANDRINGER: Udvikle, udvælge og afprøve konkrete handlinger, der bringer dem nærmere deres visioner. Hvilke barrierer findes i relation til udførelsen af handlinger samt at disse fører til forandringer? Hvordan overvindes disse? Foretages efter tidsplanen i uge 48 og 49.</p> <p>Uge 48 HANDLINGER OG FORANDRINGER: Grupperne arbejder videre med at udvikle, udvælge og afprøve handlinger i forhold til at fremme sunde måltider på skolen. Eksempel: Grupperne laver reklamer og hænger dem op på skolen.</p> <p>Grupperne arbejder videre med at udvikle og udvælge opskrifter til et sundt skolemåltid.</p> <p>Grupperne arbejder selvstændigt med udvikling af et sundt skolemåltid samt en handling, der skal fremme sunde måltider på skolen. Vi vejleder eleverne undervejs i deres arbejde. Husk: Eleverne skal sende indkøbslister til deres sunde skolemåltider til os.</p> <p>Uge 49 HANDLING OG FORANDRING: Grupperne fremstiller deres sunde skolemåltider.</p> <p>Eleverne præsenterer deres handlinger og sunde skolemåltider.</p> <p>Eleverne skal begrunde deres valg: - Hvorfor er måltidet sundt? Vurdering af hinandens retter. - Hvorfor har eleverne valgt denne handling? - Hvad ville eleverne forandre med handlingen? - Hvordan kan elevernes handling medvirke til at styrke sunde skolemåltider?</p> <p>Samtale om skolemåltider i relation til det brede og positive sundhedsbegreb: De sociale og psykiske rammer omkring skolemåltider.</p> <p>Evaluerings af handlinger fra uge 48: Hvordan har elevernes klassekammerater reageret på handlingerne? Hvilken effekt?</p> <p>Afsluttende samtale om elevernes overvejelser i forhold til arbejdet med at fremme egen og andres sundhed. "Hvad har I lært?" og "Hvad kan I bruge det til i fremtiden?"</p>
--	--

	Virksomhedsformer i uge 47-49: Eleverne arbejder håndværksmæssigt og udtryksmæssigt, når de fremstiller et sundt måltid. Der arbejdes analytisk og kommunikativt igennem alle faserne. Eleverne arbejder endvidere udtryksmæssigt, når de arbejder med handlinger, der skal fremme sunde måltider på skolen. Den oplevelsesmæssige virksomhed inddrages bl.a., når eleverne skal arbejde selvstændigt med udførelse af deres egne handlinger samt oplevelse af andres forslag til handlinger.
--	---

Bilag 2: Uddrag fra spørgeskema II

Nedenfor fremgår et uddrag af spørgsmålene samt svarkategorier i spørgeskema II. Den fulde spørgeskemaundersøgelse kan tilgås på følgende link: <http://goo.gl/forms/ScVIVK4jJC>.

Hvad er et sundt menneske?

Synes du, at du lever et sundt liv? (markér kun et felt)

- Jeg lever meget sundt
- Jeg lever sundt
- Jeg lever ikke særlig sundt
- Jeg lever slet ikke sundt

Begrund din forrige besvarelse.

Eksempelvis: Jeg synes, at jeg lever sundt fordi...

Har du gode ideer til, hvordan din egen sundhed kan blive bedre?

Hvis ja, giv eksempler. Hvis nej, hvorfor ikke?

Har du gode ideer til, hvordan din skole kan blive et sundere sted?

Hvis ja, giv eksempler. Hvis nej, hvorfor ikke?

Kan du medvirke til at forbedre andres sundhed?

Eksempelvis dine klassekammeraters eller din families sundhed. Hvis ja, hvordan? Hvis nej, hvorfor ikke?

Vil du gøre noget for at forbedre? (markér kun et felt pr. række)

	Ja	Nej
Din egen sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Din families sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sundheden på skolen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dine klassekammeraters sundhed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hvad har du lært i undervisningen med Linea og Mette?

Nævn gerne eksempler på, hvad du har lært.

Hvad kan du bruge det, som du har lært, til i fremtiden?

Nævn gerne eksempler på situationer, hvor du kan bruge det, som du har lært.

Synes du, at det har været nemt at få indflydelse i undervisningen med Linea og Mette?

(markér kun et felt)

- Meget nemt
- Nemt
- Svært
- Meget svært

Begrund din forrige besvarelse.

Giv gerne eksempler på situationer fra undervisningen.

Hvordan synes du, at det har været at arbejde med at styrke sunde måltider på skolen?

Spørgsmålet handler om de sidste 3 uger af undervisningen med Linea og Mette. Her arbejdede I med at udvikle en idé og et sundt skolemåltid. Begrund din besvarelse

Bilag 3: Uddrag fra interviewguide til individuelt interview

Nedenfor fremgår et uddrag af spørgsmålene i interviewguiden til det individuelle interview.

Tema	Interviewspørgsmål
<p><i>Sundhedsforståelse</i></p> <p><i>Handlekompetence: Indsigt</i></p>	<p>Hvad er sundhed? Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hvad tænker du på, når du hører ordet sundhed? ● Hvad er et sundt menneske? <p>Hvad påvirker vores sundhed? Uddybende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Hvad kunne påvirke vores sundhed positivt, så vi bliver mere sunde? ● Hvad kunne påvirke vores sundhed negativt, så vi bliver mindre sunde? ● Prøv at give nogle eksempler.
<p><i>Handlekompetence: Visioner, engagement, handleerfaringer og kritisk sans</i></p>	<p>Hvilke personers sundhed har du et ansvar for? Hjælpe spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Kan du nævne nogle personer, hvis sundhed du kan påvirke positivt eller negativt? ● Hvordan kan du påvirke din families sundhed? ● Hvordan kan du påvirke dine venners sundhed? ● Har du et ansvar for deres sundhed? <p>Uddybende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ja: Hvorfor har du et ansvar for deres sundhed? ● Nej: Hvorfor har du ikke et ansvar for deres/andres sundhed? <p>Vil du gøre noget (mere) for at påvirke andres sundhed positivt i fremtiden? Uddybende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ja: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hvis sundhed vil du gøre noget for at påvirke positivt i fremtiden? ○ Hvad vil du gøre? ○ Hvorfor vil du gøre netop det? ● Nej: Hvorfor vil du ikke gøre noget for at påvirke andres sundhed positivt i fremtiden? <p>Jeg vil nu bede dig om at tage stilling til følgende udsagn: “Man er sund, hvis man spiser efter kostrådene” Uddybende spørgsmål:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Er du enig eller uenig? ● Hvorfor?

Bilag 4: Elevopgave – Sunde måltider på skolen

Nedenfor ses den til eleverne udleverede opgavebeskrivelse til uge 47-49.

Opgave

Sunde måltider på skolen

Elevmål for forløbet:

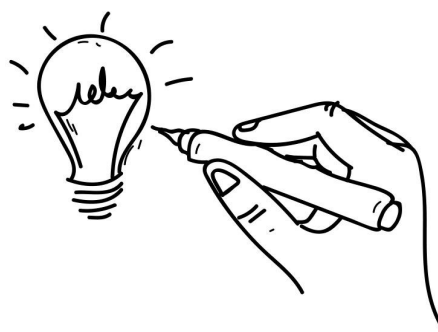
- Jeg kan bruge min viden om sundhed til at finde, tilpasse eller udvikle en opskrift på et sundt skolemåltid.
- Jeg kan bruge min viden om sundhed til at fremstille et sundt skolemåltid, som kan spises i et frikvarter.
- Jeg kan udvikle en idé, der kan styrke sunde måltider på skolen.
- Jeg kan foreslå en handling, der kan styrke sunde måltider på skolen og argumentere for mit forslag.
- Jeg kan afprøve og evaluere effekten af handlingen.

Forløbet:

Torsdag d. 19/11: Opstart.
Gruppearbejde.

Torsdag d. 26/11: Gruppearbejde.
Indkøbsliste sendes til os senest d. 30/11.

Torsdag d. 3/12: Afslutning: Fremstilling af et sundt skolemåltid og præsentation af idé og måltid. *Undervisningen slutter kl. 15.45.*



Krav til opgaven:

1. I skal udvikle en idé til at styrke sunde skolemåltider og afprøve jeres idé på skolen. I skal observere og beskrive effekten af jeres handling.
2. I skal finde, tilpasse eller udvikle en opskrift på et sundt skolemåltid. Opskriften skal passe til 5 personer.
3. I skal fremstille det sunde skolemåltid. Måltidet skal kunne tilberedes på 45 min.
4. Hver gruppe skal præsentere sin idé og måltid. Hver gruppe får 10 min. til deres præsentation d. 3/12.
5. Krav til jeres præsentation:
 - I skal beskrive jeres idé og måltid.
 - I skal argumentere for, hvorfor I har valgt denne idé og dette måltid.
 - I skal argumentere for, hvordan jeres idé kan styrke sunde måltider på skolen, og hvorfor jeres måltid er sundt. I skal bruge jeres viden om sundhed til at argumentere for jeres valg.
 - I skal beskrive og vurdere, hvilken effekt jeres idé har haft på skolen i forhold til at styrke sunde måltider.