

Sund børnehave

- fra sundhed som projekt til sundhed som kultur



Juni 2008

Bachelorprojekt, 7. Semester
Sundhedskommunikation

Healthy Kindergarten
- implementing health in the professional practice

Eline Borberg og Maria Corinna Fjordvang
Suhr's Seminarium

Vejledere: Søren Tange Kristensen og Lis Rísager

Forord

Vi ønsker at rette en tak til Tove Dam og hendes kollegaer i Fødevarestyrelsen for at have været fleksible, lydhøre og støttende under vores bachelorpraktik. Vi vil også takke de informanter, som har medvirket i vores interviewundersøgelse – både de, som er citeret i projektet og de som ikke er. Tak fordi I afsatte dyrebar arbejdstid og fordi I fordomsfrit øste ud af jeres erfaringer og holdninger i relation til børns sundhed i den pædagogiske praksis.

Eline Borberg og Maria Corinna Fjordvang

Resumé

Dette bachelorprojekt sætter fokus på børnehavepædagoger og handler om sundhed i den pædagogiske praksis. Projektet tager udgangspunkt i egen empirisk undersøgelse – gennemført under et seks ugers praktikforløb i Fødevarestyrelsen.

De seneste år er der sket en stærk stigning i forekomsten af overvægt og fedme blandt børn og unge i Danmark. Fokus på sundhed er et vigtigt aspekt i forhold til børn, fordi sunde vaner, som grundlægges i barndommen, gør det nemmere senere i livet at opretholde en sund livsstil. Stort set alle børn går i daginstitution og en stor del af opdragelsen foregår uden for familien. Daginstitutioner og pædagoger spiller derfor en væsentlig rolle i børns liv.

Projektet har til formål at undersøge børnehavers forandringspotentiale med henblik på at koble den pædagogiske praksis med den sundhedsfaglige praksis og skabe sundhedskultur i børnehaver. Formålet med undersøgelsen er at give indsigt i pædagogers faglige selvforståelse, deres kompetencer og handlerum i relation til at tænke sundhed ind i pædagogikken. Det leder os frem mod følgende problemformulering:

Hvilke udfordringer eksisterer for børnehavepædagoger i forhold til at arbejde sundhedsfremmende i den pædagogiske praksis og hvordan kan en indsats styrke pædagogernes handlekompetence, så sundhed kan forankres i pædagogikken?

Projektet er tværfagligt og bevæger sig inden for natur-, samfunds- og humanvidenskaberne. Det sundhedspædagogiske felt er vægtet højt. Der er foretaget en kvalitativ interviewundersøgelse med udgangspunkt i ovenstående problemformulering. Der redegøres for de udfordringer, der eksisterer for pædagoger i relation til at arbejde sundhedsfremmende og argumenteres for en bevægelse hen imod at gøre sundhed til en gennemgribende kultur i børnehaverne.

Undersøgelsen viste, at pædagogerne er positivt indstillede overfor at implementere mere sundhed i deres pædagogiske praksis. Vi har identificeret følgende udfordringer, som eksisterer for pædagoger:

I takt med samfundsudviklingen stilles der nye krav til pædagoger. Pædagogernes begrænsede sundhedsfaglige viden og lægmandsforestillinger om sundhed er en udfordring for at indføre sundhed i børnehaven, især når det gælder mad og måltider.

Det er nødvendigt at skabe en sund madkultur i børnehaven, for at barnet kan få mulighed for at tilegne sig handlekompetencer i forhold til at tage vare på egen sundhed. Pædagogens rolle er central i forbindelse med at fremme sundheden. Sundhed bør derfor være en integreret del af institutionens samlede pædagogik.

En indsats vil sigte mod at styrke pædagogens handlekompetence i forhold til at arbejde sundhedsfremmende ved at forankre sundhed i pædagogikken og skabe sundhedskultur i børnehaven.

Abstract

The focus of this bachelor project is on kindergarten teachers and the treatment of health in their pedagogical practice. The basis of the project is an empirical investigation carried out during six weeks of internship at The Danish Veterinary and Food Administration.

In recent years there has been a marked increase of overweight in Danish children and adolescents. Focusing on health is an important issue in regards to children, because healthy dietary habits formed in childhood make it easier to attain a healthy lifestyle later in life. Most Danish children attend kindergartens and a great part of the upbringing of children takes place outside the family domain. Consequently day care institutions and kindergarten teachers play significant roles in the lives of children.

The purpose of this project is to investigate the kindergartens' potential of change, with reference to connecting pedagogical practice to health-promoting practise and thereby creating a healthy culture in kindergartens. The purpose of this investigation is to gain insight in the professional self-perception, the competence and the 'action-sphere' (our translation) of the kindergarten teachers in relation to including health into the pedagogy. This motivates the research question:

What are the existing challenges for kindergarten teachers in relation to applying health promotion to their pedagogical practice and what measures can be taken to strengthen the action-competence in order to embed the matter of health in pedagogy?

This interdisciplinary project revolves within the natural, and the arts and social sciences. The field of health pedagogy has high priority. A qualitative research study based on the research question has been carried out. We explain the existing challenges for kindergarten teachers in relation to applying health promotion to their work, and we argue for a movement towards turning health into a fundamental culture in kindergartens.

The results of this investigation displayed that the kindergarten teachers were in favour of implementing health in their professional practice. We identified the existing challenges as follows:

In line with the development of society, new demands emerge on kindergarten teachers. Their limited knowledge of nutrition and their layman conceptions of what is healthy, create a challenge to the integration of health in kindergartens, especially when it comes to food and meals.

A healthy food-culture in kindergartens is required in order to give children the possibility of acquiring the action-competence to manage their own health. The kindergarten teachers play important roles in promoting health. Therefore health should be incorporated in the whole of a kindergarten's pedagogy.

Indholdsfortegnelse

1	Introduktion.....	9
1.1	Problemstilling.....	9
1.2	Begrundelse for valg af emne.....	9
1.3	Formål.....	9
1.4	Problemformulering.....	10
1.5	Præcisering og afgrænsning.....	10
1.6	Undersøgelsen.....	10
1.7	Videnskabsteoretiske overvejelser.....	11
1.8	Projektets opbygning.....	12
1.9	Sundhedspædagogiske overvejelser.....	12
1.9.1	Sundhedsanskuelse.....	13
1.9.2	Sundhedspædagogik og sundhedspædagogens rolle.....	14
1.9.3	Handlekompetence.....	15
1.9.4	Handlerummet som pædagogisk begreb.....	15
2	Teoretisk baggrundsforståelse.....	17
2.1	Forekomst og konsekvenser af overvægt og fedme.....	17
2.2	Kostvaner.....	18
2.3	Motionsvaner.....	19
2.4	Hverdagsliv og opvækstvilkår i det senmoderne samfund.....	19
2.5	Læring, socialisering og dannelse.....	19
2.6	Institutionalisering af barndommen og pædagogikken.....	20
2.7	Didaktisk refleksion og planlægning.....	20
2.8	De pædagogiske læreplaner.....	20
2.9	Vurdering af de pædagogiske læreplaner - et pædagogisk redskab.....	21
3	Undersøgelsen del I – metode.....	23
3.1	Undersøgelsens formål.....	23
3.2	Undersøgelsens design.....	23
3.3	Analysen.....	24
3.4	Overvejelser om validitet.....	25
3.5	Etiske overvejelser.....	26

4 Undersøgelsen del II - analyse.....	27
4.1 Mad og bevægelse i dagligdagen.....	27
4.2 Læreplanerne i praksis.....	29
4.3 Forældrene og ansvaret for børns sundhed.....	29
4.4 Pædagogens viden om og holdning til mad.....	30
4.5 Måltidet som pædagogisk rum.....	32
4.5.1 Måltidspædagogik	32
4.5.2 Måltidets muligheder – mod en sund madkultur.....	33
4.6 Pædagogens rolle.....	33
4.7 Måltidet tænkt ind i de pædagogiske læreplaner.....	35
4.8 Erfaringsopsamling.....	38
5 Udfordringer.....	39
5.1 Viden og holdning.....	39
5.2 Forældresamarbejdet.....	39
5.3 Opbakning.....	40
5.4 Fra politik til pædagogisk virkelighed.....	40
5.5 Fra sundhed som projekt til sundhed som kultur.....	41
6 Overvejelser om strategi for en sundhedsfremmende indsats.....	42
7 Konklusion.....	45
8 Referencer.....	47
9 Bilag.....	50
Bilag 1: Interviewguide.....	50
Bilag 2: De 8 kostråd og kostkompasset.....	50
Bilag 3: Socialministeriets lov om pædagogiske læreplaner i dagtilbud til børn.....	50

1 Introduktion

Dette bachelorprojekt sætter fokus på børnehavepædagoger og handler om sundhed i den pædagogiske praksis. Projektet tager udgangspunkt i en undersøgelse gennemført under et seks ugers praktikforløb i Fødevarestyrelsen.

1.1 Problemstilling

Fokus på sundhed er et vigtigt aspekt i forhold til børn, fordi sunde vaner, som grundlægges i barndommen, gør det nemmere senere i livet at opretholde en sund livsstil. Mange børn har uhensigtsmæssige vaner. Der er mange usunde tilbud og børn styrer i højere grad end tidligere familiernes forbrug. De seneste år er der sket en stærk stigning i forekomsten af overvægt og fedme blandt børn og unge i Danmark. Sunde vaner vil dels mindske tilfældene af livsstilsrelaterede sygdomme og dels virke fremmende på læring og trivsel. Stort set alle børn går i daginstitution og en stor del af opdragelsen foregår uden for familien. Daginstitutioner og pædagoger spiller derfor en væsentlig rolle i børns liv. Men hvordan ser virkeligheden ud? Er sundhed en del af den pædagogiske faglighed og er pædagoger klædt på til at tænke sundhed ind i pædagogikken?

1.2 Begrundelse for valg af emne

Denne problemstilling er et relevant udgangspunkt for at benytte nogle af de redskaber, vi som studerende i sundhedskommunikation har tilegnet os i fagene *Uddannelse og læring*, *Sundhedspædagogik*, *Kompetenceudvikling og uddannelse*, *Projektledelse* samt *PR, kampagner og strategisk kommunikation*. Desuden er det et emne, som vil være nærværende i et fremtidigt job som konsulent eller projektmedarbejder i fx styrelser, regioner eller kommuner.

Emnet er valgt på baggrund af en sundhedsfaglig interesse for børns trivsel og sundhed. Vi anskuer dette ud fra en bevidsthed om den kompleksitet, der hersker, når man skal medvirke til at forandre både samfundsstrukturer og menneskers bevidsthed, holdning og adfærd.

1.3 Formål

Projektet har til formål at undersøge børnehavers forandringspotentiale med henblik på at koble den pædagogiske praksis med den sundhedsfaglige praksis. Undersøgelsen søger at give indsigt i pædagogers faglige selvforståelse, deres handlekompetencer og handlerum i relation til at tænke sundhed ind i pædagogikken. Vores rolle som sundhedsformidlere i denne sammenhæng er at udarbejde en strategi med henblik på at forankre sundhed og skabe sund kultur i børnehaver. Det leder os frem til følgende problemformulering.

1.4 Problemformulering

Hvilke udfordringer eksisterer for børnehavepædagoger i forhold til at arbejde sundhedsfremmende i den pædagogiske praksis og hvordan kan en indsats styrke pædagogernes handlekompetence, så sundhed kan forankres i pædagogikken?

1.5 Præcisering og afgrænsning

Vi sætter fokus på børnehavepædagoger, deres rolle og ansvar for børns trivsel og sundhed. De rammer institutionen sætter og de voksne, der har ansvaret for børnene, mens de befinder sig der, er af afgørende betydning for børns sundhed. Børnehaver er med til at forme børns vaner og derfor har vi valgt børnehaven som arena for en sundhedsfremmende indsats. Sigtet er at styrke pædagogernes handlekompetencer i forhold til at forankre sundhed i pædagogikken. Dette med udgangspunkt i de pædagogiske læreplaner.

Målgruppen er uddannede pædagoger, der arbejder med børn i alderen tre til seks år i kommunale børnehaver uden madordning, dvs. hvor forældrene har ansvaret for frokostmåltidet (madpakken). Vi har i forbindelse med tilrettelæggelse af egen empirisk undersøgelse fravalgt selvejende, private samt aldersintegrerede dagtilbud i dette projekt. Vi fandt det mest hensigtsmæssigt for vores videre databehandling og udvikling af en sundhedsfremmende indsats at udvælge daginstitutioner med nogle generelle fælles træk. Strategien for indsatsen skal dermed ikke differentieres i nær så høj grad, som hvis de udvalgte daginstitutioner havde haft stor variation i struktur og værdigrundlag.

Forældrenes rolle og ansvar for børns sundhed bliver i dette projekt set fra pædagogens perspektiv i form af de holdninger, oplevelser og erfaringer, der stammer fra dagligdagen i børnehaven. Selvom vi betragter forældrene som værende hovedansvarlige for barnets sundhed, har vi fravalgt at tale med forældre og forældrebestyrelser mv.

Projektet behandler ikke social ulighed i sundhed eller børn med særlige behov, selvom dette er væsentligt at tage hensyn til i arbejdet med børns sundhed. Ligeledes ligger det udenfor projektets fokus at se på institutionens fysiske rammer, arbejdsmiljø og pædagogernes egen trivsel og sundhed. Disse aspekter bør dog indgå i strategien for en sundhedsfremmende indsats.

1.6 Undersøgelsen

Undersøgelsen sætter fokus på børnehavepædagoger som en relevant målgruppe i forhold til at forankre sundhed i den pædagogiske praksis. Der søges indsigt i pædagogernes livsverden og deres

arbejde med pædagogiske læreplaner i praksis, med henblik på at målrette en sundhedspædagogisk indsats. Undersøgelsen omfatter fire semistrukturerede kvalitative interview. Der er udarbejdet en interviewguide (bilag 1) på grundlag af projektets problemformulering og sundhedspædagogiske teorier. Analysen baseres overordnet på en vekslen mellem egne undersøgelsesspørgsmål, skabelse af mening ad hoc og meningskondensering, samt rekontekstualisering af udvalgte udsagn [Kvale, 1997].

1.7 Videnskabsteoretiske overvejelser

Bachelorprojektet er tværfagligt. Det bevæger sig primært indenfor samfunds- og humanvidenskaberne og bygger på teorier om samfundsforhold, sociologi og pædagogik. Denne del af projektet træder derfor i forgrunden. En mindre del af projektet indeholder elementer fra det naturvidenskabelige felt for at skabe en bedre baggrundsforståelse. Vi benytter i denne forbindelse kvantitative undersøgelser til at skitsere de livsstilsrelaterede helbredsproblemer, vi i stigende grad ser som en konsekvens af overvægt og fedmeudviklingen. Indgangsvinklen til det naturvidenskabelige felt er positivistisk. Positivism er en metodologisk orienteret videnskabsteoretisk retning, hvor man benytter kvantitative undersøgelsesmetoder. Her drejer det sig om, hvordan man logisk kan sikre sig de bedste videnskabelige resultater [Jacobsen et al, 1999]. Positivistisk tænkning sigter mod forklaring af fænomener ud fra større sammenhænge og ud fra et objektivt udgangspunkt [Klausen, 2005].

Projektet tilstræber at leve op til det hermeneutiske videnskabsideal, hvilket bl.a. kommer til udtryk gennem valget af kvalitativ metode, som er udgangspunkt for tilrettelæggelse af undersøgelsen. Ud fra et overordnet perspektiv, kan hermeneutikken karakteriseres som en subjektorienteret retning indenfor videnskabsteoriene, fordi der tages udgangspunkt i den rolle, subjektet og bevidstheden spiller i erkendelsen og forståelsen [Jacobsen et al, 1999]. I hermeneutikken er fortolkning et vigtigt led til at forstå menneskers livsverdener, handlinger osv. Fortolkning sigter ikke mod forklaring, men mod forståelse [Klausen, 2005]. Fortolkning vil altid være præget af forskerens egne erindringer og oplevelser. Disse erindringer og oplevelser – erfaringer – skaber forudforståelser, som altid vil have en vis indflydelse på de videnskabelige konklusioner og resultater. De forudforståelser der eksisterer hos den enkelte, stemmer ikke altid overens med virkeligheden eller 'den sande forståelse', som jo opfattes forskelligt fra person til person. Det er desuden vigtigt at være bevidst om, at der findes to former for forudforståelse. Informantens forudforståelse og forskerens egen forudforståelse. Et centralt begreb i det hermeneutiske felt er 'den hermeneutiske cirkel', hvilket dækker over, at forudforståelse og erfaring forudsætter hinanden i en stadig vekslen mellem del og helhed. Ved at revidere sin forudforståelse ud fra nye erfaringer vil man hele tiden opfatte finere nuancer og dermed bedre forståelse for det fænomen, der undersøges. [Thurén, 2005] Det er i dette videnskabsteoretiske perspektiv, projektet søger at opnå indsigt i den pædagogiske faglighed.

1.8 Projektets opbygning

Den sidste del af dette kapitel indkredser projektets sundhedsanskuelser og sundhedspædagogiske overvejelser i forhold til at udtænke en strategi for en sundhedsfremmende indsats. Der tages afsæt i bogen 'Sundhedsfremme i teori og praksis' af T. Jensen og T. Johnsen samt Aaron Antonovskys teori om oplevelse af sammenhæng. Handlekompetencebegrebet introduceres med udgangspunkt i litteratur af Bjarne Bruun Jensen og Tone Saugstad.

Kapitel 2 giver en beskrivelse af den teoretiske baggrundsforståelse, der tydeliggør projektets tværfaglighed. Ud fra et natur-, samfunds- og humanvidenskabeligt perspektiv redegøres for faktorer, som taler for en iværksættelse af sundhedsfremmende indsatser i børnehaver.

I kapitel 3 redegøres for metodevalg og fremgangsmåde i forhold til at planlægge og gennemføre den kvalitative undersøgelse samt en bedømmelse af denne. Undersøgelsen er struktureret efter Steinar Kvaales syv metodestadier for interviewforskning.

I kapitel 4 analyseres empiri ud fra Kvaales tre forståelseskontekster. Måltidet som pædagogisk rum og pædagogens rolle fremhæves og behandles i en teoretisk forståelseskontekst. Christian Stenbak Larsens begreb måltidspædagogik er centralt i dette kapitel.

Kapitel 5 redegør for de udfordringer, der eksisterer for pædagoger i relation til at arbejde sundhedsfremmende. Med afsæt i resultater fra undersøgelsen diskuteres de vigtigste barrierer og muligheder understøttet af Fødevarestyrelsens rapport 'Undersøgelse af mad- og bevægelsespolitikker i kommunerne'. Der argumenteres for en bevægelse hen imod at gøre sundhed til en gennemgribende kultur i børnehaverne.

Kapitel 6 indeholder overvejelser om tilrettelæggelse, implementering og evaluering af en indsats, som sigter mod at styrke pædagogernes handlekompetence i forhold til at arbejde sundhedsfremmende.

1.9 Sundhedspædagogiske overvejelser

At identificere sundhedspædagogiske problemstillinger og planlægge sundhedsfremmende indsatser kræver indsigt i samspillet mellem sygdoms- og sundhedsanskuelser, sundhedsadfærd og hverdagsliv. I det følgende indkredses projektets sundhedsperspektiv og centrale begreber præsenteres. Herefter følger sundhedspædagogiske overvejelser i forhold til at udtænke en strategi for en sundhedsfremmende indsats.

1.9.1 Sundhedsanskuelse

Projektet tager afsæt i WHO's brede sundhedsbegreb (1946) [WHO, 1998]:

'Sundhed er en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og social velbefindende og ikke alene fravær af sygdom eller svækkelse'.

Bjarne Bruun Jensen taler om to paradigmer for sundhedsformidling. Den moraliserende sundhedsformidling og den demokratiske sundhedspædagogik. Den brede demokratiske sundhedspædagogik, har et sundhedsbegreb, der som WHO's tager højde for levevilkår, livsstil og livskvalitet. Denne pædagogiske tilgang er karakteriseret ved målgruppemedbestemmelse, hvor målet er at øge handlekraft hos målgruppen. Dette står i stærk kontrast til det moraliserende sundhedsparadigme, som kendetegnes ved et snævert sundhedsbegreb, hvor livsstil og adfærdsændringer er centrale. Dette har gennem lang tid præget sygdoms- og sundhedsdiskursen herhjemme. [Jensen, 2000]

Forebyggelse er forankret dels i en biomedicinsk, dels i en socialmedicinsk forklaringsramme, hvor der fokuseres på levekårs og livsstils indvirkning på helbredet. Forebyggelsesarbejdet er baseret på risikotænkning og sygdomsperspektivet er her det dominerende. Målet er at holde folk raske ved at undgå sygdom og begrebet lægger sig dermed op ad det moraliserende paradigme. Behandling og forebyggelse har en iboende tendens til at blive et ekspertanliggende, hvor nogen på andres vegne ved, hvad der er bedst. Det at være rask er ikke det samme som at være sund og det at være syg er ikke det samme som at være usund. Syg/rask knytter sig til kroppen (helbred) og sund/usund knytter sig til livet (sundhed). [Jensen og Johnsen, 2003]

Aaron Antonovsky skelner også mellem sundhed og helbred i sin teori om oplevelse af sammenhæng - 'Sense of Coherence'. Oplevelsen af sammenhæng er en sammensat størrelse, hvori der indgår tre komponenter: (1) Begribelighed, (2) håndterbarhed og (3) meningsfuldhed [Antonovsky, 2000].

'Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har en gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; og (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.'

[Antonovsky, 2000]

Begribelighed er altså en følelse af, at verden er ordnet, sammenhængende og til at forstå. Håndterbarhed er fornemmelsen af handlekraft og fornemmelsen af, at man i reglen råder over de ressourcer, der er brug for til at klare de krav man udsættes for. Meningsfuldhed er fornemmelsen af, at livet og dets problemer og udfordringer er værd at investere energi i. [Jensen og Johnsen, 2003]

Sundhedsfremme handler om at øge menneskers oplevelse af sammenhæng - at styrke livsmod og handleevne. I dette sundhedsfremmeperspektiv fokuseres således på, hvad der holder folk raske, frem for hvad der gør dem syge. Begrebet er baseret på mulighedstænkning. Man fokuserer på ressourcer og handlemuligheder i stedet for på risici. Sundhed er ikke kun et spørgsmål om fravær af sygdom og at have den 'korrekte' sundhedsadfærd. Det handler også om trivsel, livsmod og livskvalitet. Sundhedsfremme er forankret i folks følelser og livsprojekter og kan derfor med sine iboende mål og værdier tjene til at afbalancere forebyggelsesinitiativer. [Jensen og Johnsen, 2003]

WHO har med Ottawa Charteret (1986) bidraget stærkt til at sætte det handlingsorienterede sundhedsfremmebegreb på dagsordenen [Jensen, 2006]. Dette projekt bekender sig til WHO's definition af begrebet [WHO, 1998] – her citeret efter Halfdan Mahler:

'Sundhed skabes af mennesker inden for rammerne af deres daglige liv, hvor de lærer, arbejder, leger og elsker. Den skabes ved at have omsorg for sig selv og andre. Ved at være i stand til at tage beslutninger og have kontrol over ens livsvilkår. Ved at være sikker på, at det samfund man lever i, har som mål at skabe betingelser, der sikrer opnåelsen af sundhed. Sundhedsfremme er den proces, der sætter mennesker i stand til at opnå kontrol over, og forbedre sundhed'. (Halfdan Mahler, 1986. *Forbenværende generalsekretær for WHO*)'.

1.9.2 Sundhedspædagogik og sundhedspædagogens rolle

Sundhedspædagogik handler om at 'koble klogt', snarere end at 'sende klart' - at gøre sin viden efterspurgt snarere end at give svar. Sundhedspædagogik handler om identitet, følelser, holdninger og handlinger snarere end viden. Det handler om at indøve færdigheder, påvirke holdninger og vække følelser og gøre dem efterspurgt ved hjælp af koblingsstrategier, dvs. finde frem til hvad der er vigtigt og meningsfuldt for den enkelte og stille spørgsmål, der af denne opleves som relevante. Den sundhedsprofessionelles rolle kan betragtes som en reflekterende praktiker frem for en ekspert. [Jensen og Johnsen, 2003] Dette er yderligere karakteriseret ved, at sundhedspædagogens rolle i et højteknologisk ekspertsamfund præget af kulturel frisættelse, ofte vil manøvrere i spændingsfeltet mellem ekspert og traditionsformidler. Pædagogens opgave er at bygge bro mellem nutid og fortid,

¹ Dette citat er hentet fra bogen 'Når sundheden skal frem – også på arbejdspladsen' af Kurt Lundskov (1998, Modtryk).

individ og samfund, livsstil og levevilkår samt mellem de objektive sagsforhold og individets personlige erfaringsverden [Saugstad, 2005].

1.9.3 Handlekompetence

Projektet opererer med begrebet handlekompetence, som er et centralt begreb i sundhedspædagogikken. Handlekompetence er en sammensat kompetence, der består af en viden om problemerne, en holdning til problemerne og en evne til at handle i forhold til problemerne [Saugstad, 2005]. Grundtanken i begrebet handlekompetence er en demokratisk sundhedstilgang, der indeholder det brede og positive sundhedsbegreb. Bjarne Bruun Jensen lægger vægt på forandringens betydning i definitionen, idet handlingen skal føre en forandring med sig. Handlekompetencebegrebet fremhæver ligeledes deltagerdimensionen idet målet er at øge individets egne visioner og potentialer til at gribe forandrende ind i sit eget liv og omverden [Jensen, 2006]. Bjarne Bruun Jensen beskriver følgende komponenter som vigtige i forhold til handlekompetence [Jensen, 2006]:

Indsigt og viden: En bred, positiv og handlingsorienteret forståelse af sundhed, herunder indsigt i effekter, årsager og forandringsstrategier inden for det sundhedsmæssige område.

Engagement: Lyst til at involvere sig i forandringsprocesser i et dynamisk samfund.

Visioner: Evne til at kunne gå ”bag om” og tænke kreativt og visionært.

Handleerfaringer: Konkrete erfaringer med at indgå individuelt og kollektivt i forandringsprocesser og overveje hvorledes barrierer overvindes.

Kritisk sans: Evne til ikke at tage alle budskaber for pålydende og i stedet drage egne konklusioner og tage beslutninger.

1.9.4 Handlerummet som pædagogisk begreb

Handlekompetencebegrebet kan suppleres med begrebet handlerum. Handlerum fokuserer ikke kun på handlemuligheder, men også på handlebarrierer. Det er derfor et anvendeligt analyseredskab i en given praktisk situation. Ifølge Saugstad findes der to former for handlebarrierer: De faktiske handlebarrierer knytter sig til det faktiske handlerum, som er det rum, hvor der foregår handlinger og hvor det principielt er muligt at foretage handlinger. De oplevede handlebarrierer knytter sig til det oplevede handlerum og skal forstås som individets subjektive opfattelse af sit handlerum. Det oplevede og det faktiske handlerum influerer på hinanden i et komplekst samspil og det faktiske handlerum kan opfattes

som både større og mindre end det reelt er. [Saugstad, 2005] Hvis ikke handlekompetencebegrebet og handlerummet knyttes til en specifik situation, kan det blive for generelt og dermed uanvendeligt [Saugstad, 2005]. I dette projekt anvendes begrebet handlekompetence specifikt i forhold til pædagogers evne til at handle i og forandre forhold, som har betydning for børns sundhed i børnehaven.

2 Teoretisk baggrundsforståelse

De væsentligste risikofaktorer for børns sundhed i dag er usund kost og for lidt fysisk aktivitet. Dette kapitel tager udgangspunkt i det faktum, at flere og flere børn i disse år bliver overvægtige og fede samt hvilke konsekvenser det har for børns trivsel og sundhed. Dernæst belyses hverdagslivet og børns opvækstvilkår i et senmoderne samfundsperspektiv med særligt fokus på daginstitutionen. Den professionelle pædagog fungerer som en vigtig rollemodel for børnene, der befinder sig i daginstitution mange timer hver dag. Pædagogik og refleksion i forhold til børns udvikling, læring og dannelse er derfor et stadigt voksende ansvarsområde. Afslutningsvis gives en beskrivelse af de pædagogiske læreplaner og en vurdering af disse som pædagogisk redskab.

2.1 Forekomst og konsekvenser af overvægt og fedme

Fedme (adipositas) er det hyppigste ernæringsproblem hos danske børn [Astrup et al, 2001]. Siden midten af 1970'erne er der sket en stærk stigning i forekomsten af overvægt og fedme blandt børn og unge i Danmark. Blandt danske seks- til otteårige børn er der sket en stigning, således at hver femte pige i 2003 var overvægtig og fire ud af hundrede var fede. Hos seks- til otteårige drenge var 15 af hundrede overvægtige og fem af hundrede fede [Pearson et al, 2005]. I dag ses også stigninger i antallet af overvægtige børn helt ned til tre- til fireårs alderen [Michaelsen et al, 2006]. Den stigende forekomst af overvægt og fedme hos de mindre børn tyder på en positiv balance mellem energiindtag og -omsætning. Dvs. at der indtages mere energi, end der forbrændes, hvorved der lagres energi i kroppen i form af fedt. Denne ubalance mellem energiindtag og energiforbrug skal også ses i sammenhæng med det fysiske aktivitetsniveau. Antagelser om at børnehavebørn er mindre bevægelsesmæssigt og fysisk aktive i dag end tidligere, er vanskelig at dokumentere videnskabeligt, men der er mange indikatorer, som tyder på det. De undersøgelser, der er lavet på dette område er hovedsageligt foretaget blandt lidt ældre børn og deres livsstil kan være væsentligt anderledes end mindre børns [Grønfeldt et al, 2007].

Fedme er en tilstand, hvor fedtmængden i kroppen er øget i en sådan grad, at det kan påvirke helbredet og føre til somatiske følgesygdomme og for tidlig død [Astrup et al, 2001]. Af disse kan bl.a. nævnes hjertekarsygdomme, kræft og type 2 diabetes. En stigende andel børn og unge får i dag konstateret type 2 diabetes [Iversen et al, 2005]. Til at klassificere overvægt og fedme anvendes begrebet Body Mass Index (BMI). BMI defineres som: $\text{Vægt (kg)} / \text{højde (m)}^2$. For voksne har man defineret overvægt som BMI over eller lig med 25 og fedme som BMI over eller lig med 30 [Astrup et al, 2001]. For børn er BMI alders- og kønsspecifikt, men stadig forbundet med en usikkerhed med hensyn til vurdering af mængden af fedtvæv. Barnet kan være muskuløst og have kraftigt byggede knogler og dermed have et højt BMI uden at være adipøst [Pearson et al, 2005]. Det er naturligt og gavnligt, at BMI stiger indtil

seks- til ni måneders alderen. Derefter falder den igen naturligt indtil seks- syvårs alderen, hvorefter der igen er en stigning hen over puberteten [Astrup et al, 2001]. Ifølge en hypotese 'adiposity rebound' skulle det tidspunkt, hvor BMI begynder at stige igen efter faldet fra spædbarnsfedmen, være en stærk prædiktor for risikoen for fedme som voksen. Børn, hvis BMI allerede begynder at stige ved tre- til femårs alderen, har derfor tydeligvis større risiko for at udvikle fedme som voksne end børn hvor stigningen først begynder ved otte- til ni årsalderen [Astrup et al, 2001]. Når et menneske først er blevet overvægtigt, er det særdeles svært at opnå og opretholde normalvægten igen [Michaelsen et al, 2006; Sundhedsstyrelsen, 2003].

Ud over at højne risikoen for at udvikle følgesygdomme, kan overvægt og fedme også påvirke andre meget væsentlige områder i et barneliv. Fedme kan bl.a. have en negativ betydning på en række psykiske og sociale områder som fx opfattelsen af egen krop, evne til fysisk præstation og social accept samt selvvurdering [Franklin et al, 2006]. Ifølge en anden undersøgelse fandt man, at børn associerer fedme med dårlig social funktion, manglende akademisk succes og dårligt helbred, uafhængigt af børnenes egen vægtstatus [Hill & Silver, 1995]. De psykosociale konsekvenser, som fx eksklusion og mobning, er væsentlige at tage i betragtning i denne sammenhæng.

Der er desuden veldokumenterede sociale forskelle i fedmeforekomsten. Fedme forekommer således især i befolkningsgrupper med de korteste uddannelser, laveste indkomster og ufaglærte jobs, ligesom der er flere overvægtige på land end i by [Grønbæk, 2006]. De sociale forskelle ses tydeligt både i motionsvaner og i kostvaner i de socioøkonomiske grupper [Groth og Fagt, 2003; Grønbæk, 2006].

2.2 Kostvaner

I dag er der nem tilgængelighed til fødevarer i vores del af verden og udvalget er stort, men sammensætningen af kosten og for meget energi i maden i forhold til energibehovet er en medvirkende årsag til fedmeudvikling og følgesygdomme [Iversen et al, 2005]. Det rigelige, billige fødevarerudbud i kombination med store portionsstørrelser, der specielt udbydes hos fastfood-kæder, spiller også en væsentlig rolle. Flere undersøgelser peger desuden på, at børn og unge ikke spiser nok fisk, groft brød, frugt og grønt [Fagt et al, 2007]. Kostens sammensætning, både med hensyn til fordeling af makronæringsstoffer, typer af fedt, protein, og kulhydrat, men også vand og energiholdige drikke som saftvand, sodavand, juice, øl, vin og spiritus, har effekt på energibalancen [Ernæringsrådet, 2003]. Kosten er derfor af stor betydning for børn og unges udvikling og helbred. Det er vigtigt med en ernæringsrigtig kost - at spise varieret og i de rigtige mængder - sådan som det kommer til udtryk i de officielle kostråd (bilag 2). Man bør også tænke over de omstændigheder måltidet indtages under. Det er vigtigt at skabe en god måltidskultur, idet kosten ikke kun har en ernæringsmæssig effekt på

helbredet, men også har stor social betydning for sundheden, der også handler om oplevelse af sammenhæng, trivsel og velvære.

2.3 Motionsvaner

Arbejde, husarbejde og transportformer er gennem årene blevet mere og mere mekaniserede. Konsekvenserne af det hårde fysiske arbejde, der prægede begyndelsen af det 20. århundrede, var medvirkende til bl.a. overbelastning og nedslidning af bevægeapparatet. Omvendt betegnes livsstilen i dag som 'den stillesiddende livsstil'. Denne manglende fysiske stimulation er skadelig for helbredet og dermed bliver fysisk aktivitet i fritiden vigtig for sundhedstilstanden. Den stigende udbredelse af computer og tv gør desuden, at der bruges flere timer på elektroniske medier. Forældre vælger i stigende grad at øre deres børn til daginstitution, skole eller fritidsaktiviteter. Stigningen i biltrafikken spiller her en rolle, da det er blevet farligere at færdes som 'svag' trafikant. Samtidig er begge forældre typisk på arbejdsmarkedet, hvilket kan gøre hverdagen fortravlet, når familieliv og job skal hænge sammen. [Iversen et al, 2005]

2.4 Hverdagsliv og opvækstvilkår i det senmoderne samfund

Siden 60'erne er der sket nogle store kulturelle og samfundsmæssige ændringer. Hverdagslivet og børns opvækstvilkår i det senmoderne samfund er præget af en 'kulturel frisættelse'. Ved kulturel frisættelse skal forstås den traditionsopløsning, der præger den moderne verden. Hvad der tidligere var bestemt af faste traditioner og normer, er i dag stillet frit for mennesker som noget, man selv må tage stilling til og vælge [Ziehe, Stubenrauch, 1993]. Opvæksten er præget af større individualisering, hvor det i højere grad overlades til den enkelte at skabe sig en identitet og skabe sig fællesskaber. Barnet betragtes tidligt som en aktør og skaber af eget liv og styrer i højere grad end tidligere familiernes forbrug. Set i et senmoderne samfundsperspektiv, rummer dette mange nye udfordringer og har stor indflydelse på barnets trivsel og sundhed.

2.5 Læring, socialisering og dannelse

Den kultur et barn fødes ind i er afgørende for, hvad det spiser, hvilke bevægelsesmønstre eller hvilken adfærd det vil udvikle og hvilket sprog det vil lære at kommunikere med og forstå verden igennem. Denne socialiseringsproces eller indførelse i kulturen er derfor afhængig af de sociale sammenhænge og af, hvad de voksne omkring barnet finder naturligt. Udvikling og læring er altid indlejret i en social og kulturel kontekst. Det er en almen forudsætning for, at socialisering og dannelse kan finde sted. Læring er flerdimensionel, og den praksis man som voksen eller barn er en del af, bør betragtes som en dynamisk dannelsesproces. Man lærer altid mere end én ting ad gangen. Man lærer både noget om verden og noget om sig selv. [Broström, 2004]

2.6 Institutionalisering af barndommen og pædagogikken

Børns og familiers hverdagsliv har ændret sig betydeligt gennem de seneste år i takt med disse kulturelle forandringer og har bevæget sig hen mod en situation, hvor stort set alle børn går i daginstitution og hvor en stor del af opdragelsen dermed foregår i et regi uden for familien. Denne institutionalisering af barndommen og pædagogikken går hånd i hånd med en forøget statslig og offentlig styring i form af rammestyring eller mere detaljerede former for indholdsstyring [Ellegaard, 2004]. Dette kommer til udtryk i fx læseplaner i folkeskolen, mål- og indholdskrav i børnehaveklassen og pædagogiske læreplaner i daginstitutioner. Hvad enten det er national lovgivning eller lokale initiativer til fx kostpolitikker, er vilkårene målbestemmelse, planlægning, evaluering, dokumentation osv.

2.7 Didaktisk refleksion og planlægning

I en moderne verden hvor barndommen og pædagogikken er blevet institutionaliseret på denne vis, bliver didaktisk refleksion og planlægning et vilkår for den professionelle pædagog. Der er i takt med institutionaliseringen et øget forventningspres til pædagoger og krav om begrundelse for deres adfærd. Refleksion og planlægning er redskaber til at begrunde de valg der træffes. At lægge rummelige og dynamiske planer for læring, giver mulighed for at få overblik over de mange pædagogiske intentioner og det tvinger samtidig pædagogen til at gøre sig tanker om hvorvidt noget er vigtigere end andet [Broström, 2004]. Denne udvikling har affødt et fornyet syn på dagtilbuddets opgave i samfundet, hvor læring og didaktisk refleksion i højere grad er kommet i fokus.

2.8 De pædagogiske læreplaner

I august 2004 blev der indført en lov om pædagogiske læreplaner i dagtilbud (bilag 3). Det vil sige, at der i alle dagtilbud efter servicelovens § 8 udarbejdes en pædagogisk læreplan, der giver rum for leg, læring og udvikling. De pædagogiske læreplaner er derfor et styringsredskab, der benyttes til at skabe de bedste betingelser for børns udvikling og læring. Med indførelsen af de pædagogiske læreplaner er der blevet sat yderligere fokus på læring i daginstitutioner. Læreplanen skal tilgodese og behandle følgende 6 temaer:

1 Barnets alsidige personlighedsudvikling (personlige kompetencer)

Selvværd, grænsesætning, fantasi, kreativitet, følelser, stillingtagen, motivation og vedholdenhed.

2 Sociale kompetencer

Etablere fællesskaber med andre, føle og udtrykke empati og respekt for andre, indgå i sammenhænge med andre, kende til demokratiske værdier.

3 Sprog

Ordforråd, udtale, kendskab til skriftsprog, rim og remser, eksistensen af tal og bogstaver og hvad de kan bruges til, IT/medier og kommunikation.

4 Krop og bevægelse

Sundhed, ernæring, fysisk aktivitet, beherske og praktisere fin- og grovmotoriske bevægelser, kende til dagtilbuddets og lokalområdets fysiske muligheder.

5 Naturen og naturfænomener

Respekt og kendskab til naturen og naturfænomener, miljø, logisk tænkning og kende kategorier som vægt, form og antal.

6 Kulturelle udtryksformer og værdier

Kendskab til forskellige kulturer og udtryksformer og værdier, udnyttelse og brug af sanser via musik, tegning, dramatik, ler, m.v.

Det pædagogiske personale skal jf. lovbekendtgørelsen [www.bupl.dk] sikre, at der i dagtilbuddet bliver sat fokus på alle barnets potentialer og kompetencer for at ruste det enkelte barn til at begå sig i livet. I tilrettelæggelsen af læringsmiljøer skal der tages hensyn til børns forskellige forudsætninger og til lokale forhold såsom dagtilbuddets geografiske placering, fysiske muligheder, børnegruppens sammensætning (alder, køn, handicap, sociale og kulturelle baggrunde m.v.). Læringen kan både ske gennem spontane oplevelser og leg, samt ved at den voksne skaber eller understøtter situationer, der giver børnene mulighed for fornyelse, fordybelse, forandring og stimulering.

2.9 Vurdering af de pædagogiske læreplaner - et pædagogisk redskab

Ifølge slutevalueringen af loven om pædagogiske læreplaner [Ministeriet for familie- og forbrugeranliggender, 2008] har læreplanerne vist sig at være en succes i form af positive effekter, som knytter sig til medarbejdernes faglige bevidsthed, samt en styrket faglig status og selvforståelse. Arbejdet med de pædagogiske læreplaner har skabt et fælles sprog og et fælles pædagogisk udgangspunkt for arbejdet i praksis. De pædagogiske læreplaner har synliggjort, at dagtilbuddet ikke bare passer børn, men at det er et pædagogisk arbejde, der støtter børnenes leg, læring og trivsel. Denne bevidsthed skaber faglig stolthed hos pædagogerne. Læreplanerne har også medført konkrete ændringer i form af nye metoder og aktiviteter i dagtilbuddene. Disse positive effekter forventes derfor også at komme børnenes udvikling til gode. Indførelsen af læreplanerne har desuden givet større gennemsigtighed i det pædagogiske arbejde og har dermed givet den kommunale forvaltning, forældrebestyrelse og den øvrige forældregruppe større indsigt i den læring der foregår i den pædagogiske praksis. Samarbejdsrelationer med forældre er dog

kun i mindre grad blevet styrket som følge heraf. [Ministeriet for familie- og forbrugeranliggender, 2008]

Vi kan på baggrund af dette konkludere, at de pædagogiske læreplaner er et godt redskab til stadig udvikling af den pædagogiske praksis. Indførelsen af planerne stiller dog også større krav til pædagogerne om mere didaktisk tænkning, refleksion og planlægning samt mere skriftlighed, dokumentation og evaluering. Dette forudsætter både tid, ressourcer og uddannelse, hvis læreplanerne skal omsættes til meningsfuldt institutionsliv og praksis [www.bupl.dk].

3 Undersøgelsen del 1 – metode

I dette afsnit beskrives undersøgelsens tilrettelæggelse og udførelse systematisk for læseren for at give indblik i de metoder, der er taget i anvendelse, de valg, der er truffet og de resultater, der er fremkommet. Kapitlet afsluttes med nogle overordnede etiske overvejelser.

3.1 Undersøgelsens formål

I forhold til problemstillingen omkring børns dårlige kostvaner og dermed truede helbred ønsker vi at finde frem til, hvordan dette problem bedst muligt kan imødegås. De teoretiske erfaringer vi har gjort gennem studiet, peger i retning af, at børnehavepædagoger kan være en relevant målgruppe, fordi de har daglig og langvarig kontakt med børn i tre- til seksårsalderen og ikke mindst deres forældre. De pædagogiske læreplaner er det redskab, pædagogerne bruger i planlægningen og evalueringen af deres arbejde og vi formoder, at de kan udgøre en god platform for sundhedsfremmende tiltag.

Den indsigt vi ønsker, drejer sig om pædagogernes handlinger, holdninger og erfaringer. Undersøgelsen sigter ikke mod forklaringer, men mod at forstå tankerne bag den pædagogiske praksis - en forståelse, som opnås bedst ved brug af den kvalitative metode og den hermeneutiske tilgang [Kvale, 1997]. Fordelene ved det kvalitative interview er åbenhed og fleksibilitet. For at give interviewundersøgelsen struktur benyttede vi Steinar Kvaless syv metodestadier (tematisering, design, interview, transskribering, analyse, verificering, rapportering) [Kvale, 1997].

Som indledning til undersøgelsen udførtes et pilotinterview med en souschef for at kunne korrigere evt. fejlkilder og uklarheder i undersøgelsesdesignet, samt for at afprøve interviewguide og spørgeteknikker [Kvale, 1997]. Pilotinterviewet indgår i analysen på lige fod med tre yderligere interview med en leder, en souschef og en stuepædagog i børnehaver i Næstved og Tårnby kommuner. Al henvendelse skete telefonisk og der forekom intet frafald.

3.2 Undersøgelsens design

Undersøgelsens design blev udarbejdet på grundlag af vores sundhedsfaglige fundament samt studier af undersøgelser og projekter, der beskæftiger sig med børnesundhed. Ud fra denne viden konstruerede vi projektets problemformulering. Problemformuleringen blev brudt ned i følgende fire undersøgelsesfaser, som kom til at danne ramme for interviewguiden. De bevæger sig fra det beskrivende over det undersøgende til det forstående:

- Fase 1: Åbningsspørgsmål, bredt om den daglige praksis
- Fase 2: Specifikt om læreplanernes rolle i praksis
- Fase 3: Om udfordringer, muligheder og barrierer for at arbejde med sundhed
- Fase 4: Faglig selvforståelse, forældre og ansvar for børns sundhed

Spørgsmålene i interviewguiden var således bestemt til at være rettesnor for den følgende tolkning og analyse af de indsamlede data. I tabel 1 opstilles undersøgelsestrin, analysespørgsmål og -formål for at give et overblik over processen.

Undersøgelsesfase	Analysespørgsmål	Analyseformål
Fase 1 Åbningsspørgsmål, bredt om den daglige praksis	Hvordan indgår mad og bevægelse i dagligdagen i børnehaven?	At opnå indsigt i den interviewedes faktiske og selvoplevede handlemuligheder
Fase 2 Specifikt om læreplanernes rolle i praksis	Hvordan arbejder børnehaven med de pædagogiske læreplaner og hvilken betydning har de haft for det pædagogiske arbejde?	At opnå indsigt i den interviewedes faktiske selvoplevede handlemuligheder
Fase 3 Om udfordringer, muligheder og barrierer for at arbejde med sundhed	Er der noget som gør det svært at have sundhed med i de pædagogiske overvejelser?	At opnå indsigt i den interviewedes faktiske og selvoplevede handlebarrierer
Fase 4 Faglig selvforståelse, forældre og ansvar for børns sundhed	Hvordan skal ansvaret for børns sundhed fordeles mellem pædagoger og forældre?	At opnå indsigt i den interviewedes handlekompetencer og handlerum

Tabel 1: Undersøgelsesfaser, analysespørgsmål og analyseformål

Den semistrukturerede interviewform giver mulighed for at afvige fra interviewguiden. Sidst i interviewet var der indlagt en ramme til ustruktureret samtale. Formålet var at anspre informanten til at tale mere frit og derved give os nogle værdifulde oplysninger, som vi ikke selv havde overvejet. Interviewene foregik i alle tilfælde på børnehavens kontor, hvilket vil sige, at informanterne befandt sig i velkendte rammer. Alle fire interview er optaget og transskriberet ordret. De ganske få passager, som ikke er relevante for problemformuleringen, er ikke transskriberet men refereret i korte træk.

3.3 Analysen

Analysen af datamaterialet er overordnet baseret på, hvad Kvale beskriver som skabelse af mening ad hoc og meningskondensering. I fortolkning og analyse kobles vores egne fire undersøgelsesfaser (tabel 1) med Kvales tre fortolkningskontekster 'selvforståelse' og 'kritisk common sense' og 'teoretisk forståelse', hvor citater er udvalgt for at underbygge væsentlige slutninger (rekontekstualisering). [Kvale, 1997]

- Selvforståelse (kondenseret formulering af informantens egen opfattelse af meningen med deres udsagn)
- Kritisk common sense forståelse (fortolkning i en bredere forståelsesramme end informantens egen. Der kan fokuseres på udsagnets indhold eller på den person, der fremsætter udsagnet)
- Teoretisk forståelse (der anlægges en teoretisk ramme til fortolkning af et udsagns betydning)

Her indkredses væsentlige pointer, som bearbejdes med udgangspunkt i en teoretisk forståelseskontekst.

3.4 Overvejelser om validitet

Kvale skriver, at validitet bredt opfattet 'drejer sig om, hvorvidt en metode undersøger det, den har til formål at undersøge' [Kvale, 1997]. I undersøgelsens startfase påbegyndte vi udarbejdelsen af et spørgeskema, som skulle underbygge og hjælpe til at generalisere resultaterne af interviewundersøgelsen. Undervejs stod det klart, at ressourcerne var bedre anvendt på at sikre kvaliteten i den kvalitative undersøgelsesdel og spørgeskemaet blev lagt på hylden. De refleksioner, der ligger bag skemaet har dog i høj grad været en del af overvejelserne i det videre arbejde. En sådan kombination af kvalitativ og kvantitativ metode ville øge undersøgelsens generaliserbarhed og reproducerbarhed.

Vi har været bevidste om, at tilrettelæggelse, udførelse og bearbejdelse af undersøgelsen er en iterativ proces, hvor vi løbende har reflekteret over vores fremgangsmåde og følgelig foretaget justeringer undervejs. Dette er af væsentlig betydning for at begrænse fejlkilder.

Udvælgelsen af informanter er ikke baseret på, at undersøgelsen skal være reproducerbar eller generaliserbar. De udvalgte kommuner er valgt, fordi vi har forhåndskendskab til deres overordnede sundhedspolitikker og til daginstitutionsområdet. Kommunerne er kendetegnede ved at have gennemsnitlige sundhedsprofiler. Vi er bevidste om, at informanterne ikke er fuldt repræsentative for alle børnehavepædagoger i Danmark.

Ifølge pædagogerne er der ingen eller ganske få overvægtige børn i børnehaverne. Man taler om at omkring 10 % af landets børn er overvægtige [Michaelsen, 2006]. Børnene i de udvalgte børnehaver kan generelt betegnes som værende børn i almindelige middelklassefamilier og det kan undre, at pædagogernes rapportering tilsyneladende ikke matcher de sundhedsproblematikker, vi har beskrevet i den teoretiske baggrundsforståelse. Denne undersøgelse omfatter ikke observation i børnehaverne og derfor kan vi ikke her vurdere børnenes vægttilstand. Ligeledes må vi se vurderingen af madpakkernes lødighed som en potentiel fejlkilde, da det kræver viden om ernæring at konstatere næringsværdien i den enkelte madpakke. Flere af pædagogerne betegner madpakkerne som generelt 'i orden' og 'uden de store problemer'. Vi har taget forbehold for disse lægmandsforestillinger og gjort os overvejelser om, at pædagogerne muligvis ønsker at fremstå positivt. Vores vurdering er dog, at informanternes udsagn udgør et værdifuldt indblik i et komplekst undersøgelsesfelt.

Undersøgelsens resultater ligger ikke langt fra resultaterne i to undersøgelser, som også inddrages i projektet. Den ene er tidligere nævnte rapport fra Fødevarestyrelsen 'Undersøgelse af mad- og bevægelsespolitikker i kommunerne' [Fødevarestyrelsen, 2007], den anden er Familie- og forbrugerministeriets slutevalueringsrapport om loven om de pædagogiske læreplaner [[Ministeriet for familie- og forbrugeranliggender, 2008]. Dette medvirker til at højne validiteten af de resultater, vi er nået frem til. Undersøgelsen udgør således et godt grundlag for det væsentligste sigte med dette projekt, nemlig at viderebringe konkrete og brugbare anbefalinger om, hvordan sundhed kan integreres og forankres i den pædagogiske praksis. Nærværende rapport fremlægges for undersøgelsens opdragsgiver, Fødevarestyrelsen.

3.5 Etiske overvejelser

Den kvalitative undersøgelsesform er karakteriseret ved at have mennesker og deres livsverdener som objekt og derfor er det vigtigt, at deltagerne er informerede om projektets etiske rammer. Vi har sikret de medvirkendes anonymitet ved at erstatte navne og andre identificerbare detaljer med koder. Det er også væsentligt at det, der undersøges har en videnskabelig værdi og om resultaterne heraf kan komme andre til gode, for eksempel i form af en forbedring af de forhold, der undersøges. Denne undersøgelse vil kunne anvendes som forundersøgelse til en yderligere granskning af området og selve projektet munder ud i et brugbart redskab til implementering af sundhed i den pædagogiske praksis til gavn for alle involverede aktører.

4 Undersøgelsen del II - analyse

I dette afsnit analyseres datamaterialet fra interviewundersøgelsen ud fra Kvaales tre fortolkningskontekster: Selvforståelse, kritisk common sense forståelse og teoretisk forståelse.

Først gives en præsentation af empirien gennem de to første forståelseskontekster selvforståelse og kritisk common sense forståelse. Måltidet som pædagogisk rum og pædagogens rolle behandles derefter i en teoretisk forståelseskontekst. Afslutningsvis gives et eksempel på, hvordan måltidet kan tænkes ind i de seks temaer i de pædagogiske læreplaner.

4.1 Mad og bevægelse i dagligdagen

Der er i alle fire børnehaver truffet beslutning om at tilbyde sund morgenmad til børn, der kommer tidligt. De serverer alle havregryn og cornflakes og mælk og tre af dem lægger vægt på at det er økologisk. Økologi forbindes altså med noget godt og sundt. Man er bevidst om at servere lødig mad i børnehaven, men pædagogerne viden om ernæring hviler i nogen grad på lægmandsforestillinger om, hvad der er sundt. Et eksempel kan være, at man i en af børnehaverne har skiftet almindelige cornflakes ud med den grove slags. Disse kan have et højt indhold af kostfibre og der er således fare for, at næringstætheden i sådan et måltid bliver for lav for et barn. I en anden børnehave vil man gerne skifte cornflakes ud med müsli. Der findes mange slags müsli på markedet af vidt forskellig ernæringsmæssig kvalitet. Her er der fare for at sende et signal til børn og forældre om, at müsli er sundt, hvilket langt fra altid er tilfældet.

Børnene har madpakker med hjemmefra og pædagogerne spiser deres frokost sammen med børnene. Frokostmåltidet udnyttes i nogen grad som pædagogisk 'rum' ligesom børnene på skift hjælper med til at skabe rammerne for måltidet. De fremhæver, at der tales om maden - hvor den kommer fra, om den er sund eller usund etc.

"Børnene spørger mig, hvad er det, du har med (...) Og så prøver jeg at forklare, hvad er det og hvad er det blevet lavet af og om det er sundt eller ej. Så på den måde er det meget godt, at vi sidder med børnene og spiser sammen med dem og snakker om forskellig mad." Pædagog 4

I tre af børnehaverne er det en pædagogisk aktivitet at tage børnene med i køkkenet, for at give dem nye smagsoplevelser. Flere giver udtryk for, at de gerne ville gøre det oftere, men at ressourcerne og rammerne er begrænsede. Vores informanter virker alle reflekterede omkring det pædagogiske i, at de voksne spiser sammen med børnene og taler om maden. Ved måltidet er børnene samlet og der er mange små opgaver, der godt kan løses af børn. Det er en dagligt tilbagevendende aktivitet, der

tidsmæssigt fylder meget. Det er godt, at der fokuseres på at inddrage børnene i madlavning og at de opfordres til at smage noget nyt. Derfor er måltidet oplagt at udnytte som pædagogisk rum.

Alle fire børnehaver opfordrer forældrene til at lave sunde madpakker. I to af børnehaverne har man valgt at udstikke regler for, hvad der må være i madpakkerne, samt at konfiskere fx mælkesnitter og dessertyoghurter og give børnene dem med, når de går hjem. I de to andre børnehaver har man bevidst fravalgt at blande sig i, hvad der er i madpakkerne.

"Altså, vi har været inde omkring det, men det er ikke vores pædagogik at stramme til på den måde, nej."

Pædagog 3

"(...) vi har fuldstændig besluttet ikke at blande os i deres madpakker. Det vi siger er, fordi det kun drejer sig om (...) deres barn, ikke, så må de selv om hvad barnet spiser." Pædagog 4

Der er flere grunde til at man ikke vil blande sig i madpakkeindholdet. En kan være funderet i en pædagogisk beslutning om, at forbud og regler ikke er en metode, man vil anvende. En anden grund kan være at man tager udgangspunkt i det enkelte barns trivsel og følger op med opfordringer og råd til forældrene til forbedring af sundheden. Endelig kan det bunde i en vurdering af at der ikke er et behov for at opstille regler.

"Vi har ikke de store problemer, med madpakker. (...) Det synes jeg virkelig ikke. Men vi ligger også i et område, hvor der ikke er ret mange socialt belastede familier." Pædagog 3

Alle de børnehaver vi har besøgt, har retningslinjer for de fælles madordninger, fx morgenmad, frugt- og brødordning, fødselsdage etc. Børnehaverne griber det forskelligt an og der er nuancer i, hvor meget man blander sig og hvad man påtager sig ansvaret for. De påpeger alle, at det er vigtigt, at dét der serveres for alle i børnehaven, er lødigt. I de børnehaver, som ikke har restriktioner mht madpakkernes indhold, giver det mening for pædagogerne at opstille regler for, hvad der må deles ud til de andre børn i forbindelse med fejring.

Pædagogerne tænker generelt på bevægelse, i forhold til at legepladserne skal være gode og at de har regler for, at alle børn skal ud hver dag. Nogle arbejder systematisk med bevægelse i form af rytmik, 'udeværksteder' og iscenesættelse af børnenes leg på legepladsen. Alle giver udtryk for, at det ligger inden for pædagogens ansvarsområde at få børnene til at bevæge sig, i den tid de er i børnehaven. Den fysiske aktivitet er godt inkorporeret i dagligdagen. Det skyldes nok at bevægelse og fysisk leg er

naturligt integreret i børnehavebørns hverdag. Børn mellem tre og seks år har et naturligt behov for at bruge kroppen. Der er heller ikke tilbud som computerspil og andre passive aktiviteter i børnehaveregion. Flere af de adspurgte pædagoger ser dog en problematisk tendens til, at børn bevæger sig mindre end tidligere.

”Jeg var på tur i går med nogle af de ældste og vi nåede kun lige – jamen, vi nåede femhundrede meter væk, før den første bad om en pause, ikke? Og det er altså de store, der skal starte i skole. Det synes jeg virkelig, virkelig er betænkeligt.” Pædagog 3

4.2 Læreplanerne i praksis

Der er forskel på, hvordan der arbejdes med læreplaner i de forskellige børnehaver. Alle arbejder systematisk og reflekterende med læreplanerne og betegner dem som et godt redskab. To steder arbejder man bevidst med at integrere sundhed i flest mulige af læreplanens temaer og finder det nemt og naturligt. I de to andre børnehaver er sundhed ikke i samme grad tænkt ind i de pædagogiske læreplaner. Informanterne siger, at de er blevet mere fokuserede og reflekterede og opfatter altså læreplanerne som et godt redskab til at operationalisere deres pædagogiske målsætninger. De pædagogiske læreplaner har styrket fagligheden og den faglige selvforståelse hos pædagogerne. Læreplanerne anvendes som redskab til at arbejde mere målrettet med de kompetencer, den pædagogiske læringsproces skal give børn mulighed for at tilegne sig. Læreplanerne har desuden hjulpet dem til at give forældrene indsigt i den pædagogiske praksis.

”Vi (...) har nogle helt specifikke lærings- og erkendelsesmål for børnene – og også for de voksne. Det har vi altid med i vores læreplaner, hvad vi selv skal ind og kigge på og blive bedre til. Jeg synes, det er et godt redskab at have, altså, det holder os fast i nogle ting.” Pædagog 3

4.3 Forældrene og ansvaret for børns sundhed

Alle informanter nævner børnenes forældre som en barriere, der mere eller mindre villet, stiller sig i vejen for de pædagogiske hensigter. Selve madpakken har været genstand for en del konflikter mellem pædagogerne og hhv børnene og deres forældre. Pædagogerne oplever det som ubehageligt og urimeligt at skulle tage konflikter med børnene, som de mener retteligt skulle være taget af forældrene.

”At de (forældrene) ikke altid vil lytte på os og putter måske noget yoghurt eller slik i (madpakken) – og det gør jo også, at vi får konflikter med børnene, ikke? (...) Det synes jeg ikke er ok, fordi det gør jo os til den onde bussemand, kan man så sige, ikke?” Pædagog 1

”Altså jeg synes, der er mange forældre, der modarbejder – de siger, at vi skal – i institutionen skal vi – en hel masse med motion helst, ikke? Men vi ser altså også, at de kommer kørende i biler...” Pædagog 3

Når pædagogerne fremhæver eksempler på forældre, som gør det svært at arbejde med sundhed, nævner de samtidig, at det er et fåtal. En af pædagogerne nævner travlhed i børnefamiliernes hverdag som den primære årsag til, at madpakkernes lodighed kan være svingende. En anden nævner, at søde sager i frokosten og til fødselsdage bunder i misforstået omsorg fra forældrenes side.

Der er enighed blandt de adspurgte pædagoger om, at ansvaret for børns sundhed primært ligger hos forældrene. Selvom forældrene har ansvar for børnenes madpakker, er der også enighed om, at pædagogerne skal påtage sig en del af ansvaret, fordi børnene befinder sig i børnehaven mange timer dagligt. Denne ansvarsfordeling er der jævnligt problemer med at opretholde. Når der fejres fødselsdag, kan der især være problemer med at begrænse mængden af sukker. Man forsøger på forskellig vis at få forældrene til at lave sundere alternativer. Strategierne er forskellige og spænder fra meget håndfaste regler til præventive samtaler i god tid før fx fødselsdagen. Selvom alle børnehaverne har retningslinjer for, hvad børnene må medbringe, oplever pædagogerne alligevel, at reglerne ikke overholdes. Der skal løbende strammes op overfor forældrene omkring regelsættet, hvilket kan give anledning til frustration hos personalet.

”Ja, nu kan jeg godt mærke, at vi giver lidt for lang snor til dem. Fordi det skal hele tiden strammes op, altså hele tiden skal man holde øje, så de ikke kommer med de kager der hver dag. Men de har fået at vide, at vores kostpolitik siger, at de ikke må komme med det der sukker og kager, sukkerting.” Pædagog 4

Det fremføres af en af pædagogerne, at en del af problemet kan være, at forældrene ikke har forståelse for bevæggrunden bag restriktionerne.

4.4 Pædagogernes viden om og holdning til mad

Generelt får man det indtryk, at pædagogerne har godt styr på, hvad der er sundt og ikke sundt for børnene. Nogle er meget dedikerede til netop det emne og går meget op i at oplyse og inspirere forældrene til at tænke mere på sundhed.

”Altså, det som vi vil prøve på, det er at ændre forældrenes bevidsthed ved at lave de her foredrag for dem.”
Pædagog 2

Andre går mere op i andre aspekter af børns udvikling, fx sprog eller teater og har en mindre kritisk holdning til madens ernæringsmæssige kvalitet.

”Der kom en dreng med sin egen pose Havrefras (...). Det er hans mor, (...) der har sagt, at hendes dreng er meget glad for det. Og hun siger, at hvis man ikke tilsætter sukker - ekstra sukker - så er der faktisk den samme mængde sukker som i cornflakes. Og så tænkte jeg, nå ja, hvorfor kan vi ikke prøve det i vores børnehave, fordi vores morgenmad er rigtig kedelig, den består kun af cornflakes og havregryn og mælk.”

Pædagog 4

Når det er sagt, kan man diskutere pædagogernes dømmekraft fx i forhold til at vurdere madpakkernes lødighed, det enkelte barns ernæringstilstand og hvorvidt et barn er normalvægtigt eller ej. Pædagogerne giver alle udtryk for, at de ikke ønsker at være 'kosteksperter' – det er pædagogikken, der er det centrale og der tages udgangspunkt i det enkelte barn trivsel.

”Og ligesådan med pålæg, der har vi heller ikke nogen restriktioner om det ene eller det andet. Jeg har for eksempel et barn inde på min stue, der kun spiser pålægschokolademadder. (...) Men hvis ikke han får pålægschokolademadder, så spiser han ingenting.” Pædagog 3

De ser alle sig selv som rollemodel for børnene og nævner deres egen madpakke som et vigtigt element i formidlingen af sunde kostvaner, men der kan til tider være inkonsistens mellem dét de voksne siger og dét gør.

”Det er kun de voksne, der sidder og spiser slik i pausen (...). Så nogle gange kommer børnene med sådan nogle kommentarer: 'Nå, hvordan kan det være voksne godt må spise slik til pause?' (...) Og så må vi lige forklare: 'det er fordi, der er en, der har fødselsdag' og 'voksne må godt' og sådan noget...' Pædagog 4

Hermed sammenfattes de væsentligste pointer af analysen. Vi udleder af analysen, at de første skridt i retning af en sund bevidsthed er taget i de børnehaver, der medvirker i undersøgelsen. Vi har ligeledes opnået indsigt i de forskellige kulturer, der hersker i børnehaverne fx omkring madpakker og fødselsdage. Pædagogens rolle er central i forbindelse med at fremme sundheden. Vi har fået indblik i de krav og forventninger, der stilles til pædagogerne og hørt dem fortælle om de udfordringer, de oplever især i forhold til forældrene. Pædagogernes viden om sundhed er præget af lægmandsforestillinger. Vi ser måltidet som centralt i pædagogernes bevidsthed, når der spørges til sundhed. De ser sig selv som rollemodeller for børnene og tager ansvar for sundheden i børnehaven.

Men de oplever også, at der i mødet med den enkelte families madkultur kan opstå konflikt. Derfor trækkes måltidet frem som genstandsfelt for en diskussion i teoretisk forståelseskontekst i næste afsnit.

De pædagogiske læreplaner har vist sig at være et godt redskab i pædagogens operationalisering af pædagogiske læringsmål. Derfor afsluttes kapitlet med et eksempel på, hvordan måltidet kan dække alle læreplanens seks temaer.

4.5 Måltidet som pædagogisk rum

Måltidet er en aktivitet, som allerede er etableret i dagligdagen og som kan udvides til at gøre mere for sundheden. I dette afsnit behandles måltidet som pædagogisk rum i en teoretisk forståelseskontekst. Med afsæt i informanternes udsagn diskuteres måltidet som arena for barnets dannelse. Handlekompetence og handlerum inddrages som centrale begreber. Vi vil desuden diskutere, hvilke krav det er rimeligt at stille til pædagogerne.

4.5.1 Måltidspædagogik

Flere livsstilsproblemer kan afhjælpes, hvis børn tidligt tilegner sig sundere vaner. Kostvaner udvikles gennem hele livet, men mange vaner og præferencer har vi med fra barndommen. Barnet indtager en stor del af dagens måltider i børnehaven. Det er derfor nødvendigt at skabe en sund madkultur i børnehaven, så barnet får mulighed for at tilegne sig handlekompetencer i forhold til at tage vare på egen sundhed. Som pædagog har man mulighed for at inddrage måltiderne til at fremme sunde kostvaner.

Sociolog Christian Stenbak Larsen arbejder på at udvikle en såkaldt måltidspædagogik som et middel til at få børn til at spise sundere. Han fremfører, at det er for snævert alene at fokusere på sundheds- og ernæringsmæssige problemer, da børns kostvaner også afhænger af, hvem de spiser sammen med og hvordan de spiser sammen. Der er muligheder i at fokusere mere på de sociale og kulturelle sammenhænge, som er forbundet med måltidet. Stenbak opstiller fire vidensfelter, som er vigtige for, hvordan der tænkes om mad i dag: Mad som ernæring, forbrugsvalg, gastronomisk dannelse og måltidssamvær. [Larsen, 2007] Disse fire felter udgør hjørnestenene i måltidspædagogikken og bør tages med i de didaktiske overvejelser omkring, hvordan børn rustes til at tage vare på deres egen sundhed. Det er vigtigt, at børn i det lange løb udvikler en basal viden om hvad der er sundt og usundt, samt om hvordan kroppen påvirkes af det, man spiser. Det bliver stadig mere kompliceret at være forbruger i vores samfund. Derfor er grundlæggende viden om forbrug en anden vigtig komponent i et menneskes handlekompetencer. Det er vigtigt, at børn udvikler kritisk sans og bliver i stand til at se ”bag om” de forskellige påvirkninger udefra og udvikle deres egne visioner og handlemuligheder [Jensen, 2006].

Måltidet i børnehaven er noget, man er sammen om og det har en indbygget pædagogisk funktion i kraft af samværet med andre. Måltidet spiller således en væsentlig rolle for barnets dannelse, fordi det indebærer kulturelle og sociale sammenhænge – der foregår en vigtig socialisering, når man spiser sammen. Det er fx et fællesskab, som det er svært at melde sig ud af. Og derfor kan måltidet i en pædagogisk sammenhæng udnyttes til at få det enkelte barn til at overskride sig selv og sine egne smagspræferencer. Denne overskridelse er vigtig for, at barnet kan få et nuanceret billede af hvad smag er og dermed et vigtigt element i den gastronomiske dannelsesproces. [Larsen, 2007]

4.5.2 Måltidets muligheder – mod en sund madkultur

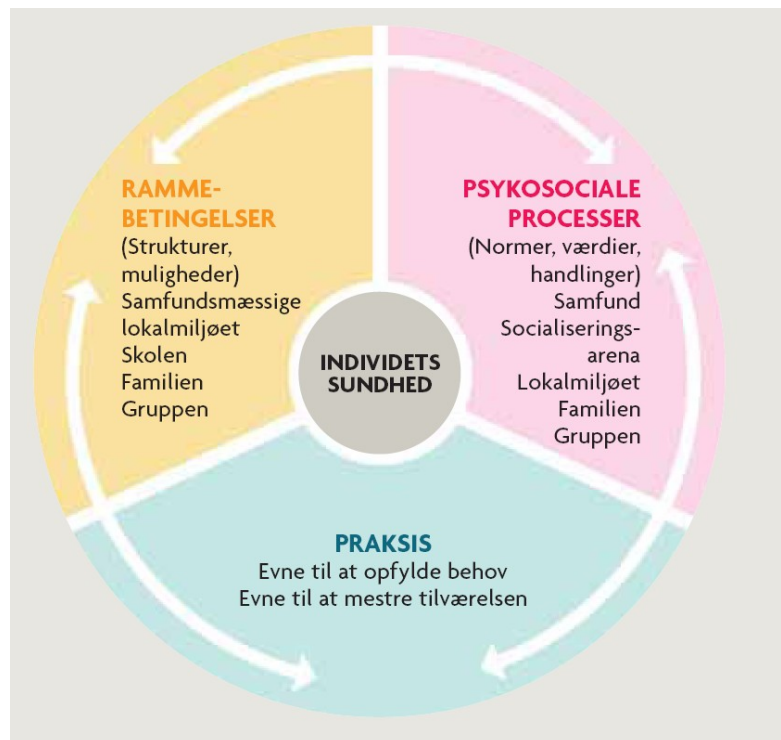
Frokostmåltidet i børnehaven udgør også en naturlig læreproces, fordi det er her børnenes forskellige madkulturer og spisevaner mødes. Madpakken repræsenterer den kultur, børnene har med sig hjemmefra. Måltidet er derfor velegnet til samtaler om spisevaner, mad, forskellighed og identitet [Smidt, 2003]. Måltidet fungerer ikke kun som tilføring af energi i form af mad, men skal også være meningsfuldt for børnene og give dem mulighed for at udvikle et lystfyldt og nysgerrigt forhold til mad. Måltidet kan bruges til at skabe rum for samtale, hvor børnene kan lytte til hinanden og vise interesse for hinandens oplevelser og synspunkter. Børn har brug for, at de voksne tager diskussioner op, men det er ikke altid det, de voksne fortæller, der er det vigtigste. De voksnes holdninger og intentioner omkring måltidet er derfor afgørende [Smidt, 2003]. Den største inspiration for børnenes vaner kommer fra iagttagelser af andre børn og voksne. Det er af stor betydning hvilke billeder, der fremkommer når børn ser de voksne spise og de holdninger de voksne har til mad i det hele taget [Smidt, 2003].

Bjarne Bruun Jensen foreslår handlekompetence som det overordnede mål for arbejdet med sundhed i relation til børn og unge. Han taler om, at det er en væsentlig opgave for institutionen at udvikle og kvalificere børns sundhedsmæssige handlekompetence. At barnet udvikler forudsætninger for at kunne handle. I kraft af den demokratiske tilgang, som ligger bag handlekompetencebegrebet, indgår barnet selv aktivt i processen, hvilket også er omdrejningspunkt i den pædagogiske praksis – at tage afsæt i barnet selv. [Jensen, 2006]

4.6 Pædagogens rolle

Pædagoger bærer et stort ansvar for at give barnet sunde rammer i den tid, det befinder sig i børnehaven. Men børnehaven rummer også mange muligheder for at tilgodese de mange forventninger og krav, der stilles. For at anskueliggøre de faktorer der har indflydelse på det enkelte individs sundhedsadfærd, benytter vi denne model:

Figur 1: Sundhed i dens kontekst



Modellen er udarbejdet af Bente Jensen i bogen "Sundhed og sårbarhed. Store børns beretninger om sundhed og hverdagsliv", s. 191. 2002/2006. København: Hans Reitzels Forlag.

Modellen viser, at den enkeltes sundhedsadfærd er påvirket af nogle psykosociale processer bl.a. de normer og værdier der findes i fx familien og i institutionen. Desuden er der nogle rammebetingelser, der er med til at definere den enkeltes muligheder for at handle. Begge sider må tænkes med og har indflydelse på den enkeltes sundhed. Som pædagog har man mulighed for at tage ejerskab og sætte rammer for sundhedsadfærd i institutionerne - at skabe nogle værdier og bevidste handlinger med henblik på at styrke det enkelte barns mestring af sin sundhed. På denne måde hænger den pædagogiske og den sundhedsfremmende praksis tæt sammen. [Sundhedsstyrelsen, 2006]

Pædagogen har en dannelsesmæssig opgave overfor børnene og i denne dannelse ligger også handlekompetencer i forhold til at tage vare på alle aspekter af deres egen sundhed. Nogle af de udmeldinger vi fik fra informanterne omkring sundhedsviden var, at de ikke er interesserede i ekspertviden om fx kost. I pædagogisk henseende har pædagogen faktisk en ekspertrolle. De besidder en faglig autoritet og deres udsagn har en vis vægt. De svarer på spørgsmål fra usikre forældre om hvilken opdragelsesmæssig strategi, der er hensigtsmæssig i en given situation. De ved hvad der er godt for barnet. Men hvis deres viden om mad og bevægelses indvirken på barnets trivsel er mangelfuld, så når deres viden ikke rundt om hele barnet. Hvis deres udsagn om børnesundhed er funderet på lægmandsforestillinger, formidles disse forestillinger videre til børn og deres forældre. Pædagogen får

dermed rollen som en slags sundhedsformidler. Pædagogen forventes at have de faglige redskaber til fx at inspirere barnet til at prøve noget nyt og til at reflektere over de læringsmål der opstilles for børnene. Pædagogen skal turde være formidler af gode og sunde madpræferencer og lære børnene at sætte pris på smagsforskelle, som ikke bare beror på børnenes subjektive smag, men snarere på madens kvalitet [Larsen, 2007]. Børn skal introduceres til forskellige smagsoplevelser og madtraditioner. Børn skal lære noget om råvarekendskab - hvor mælken kommer fra og om hvordan man laver brød.

Medinddragelse er central når børn skal udvikle handlekompetencer. Der skal være et klart pædagogisk sigte med så central en aktivitet som måltidet er i en 'børnehavedag'. Det er derfor ikke nok, at børn lærer, hvad der er sundt og usundt, de skal også lære, hvordan man laver god mad og sunde alternativer. Sundt skal ikke forbindes med noget kedeligt. Det er sjovt at være med til at spise mad, man selv har været med til at lave. På den måde kan pædagogen finde inspiration til at kombinere tingene og bruge sin egen og børnenes nysgerrighed til at prøve noget nyt [Smidt, 2003]. Det er pædagogens fornemste opgave at skabe de bedste betingelser for børns læring og udvikling ved at tænke sundheden ind i de eksisterende aktiviteter på en kvalitativ måde. Den sundhedsmæssige dannelsesopgave, som pædagogen får, gør det nødvendigt, at pædagogerne skaber rammer om måltidet, der bygger på overvejelser omkring læringens mål og indhold. Læreplanerne fordrer allerede didaktisk refleksion og på den måde bringes pædagogikken i måltidet op på et højt fagligt niveau.

Hvis sundhed skal opleves som en meningsfuld integreret del af institutionernes samlede pædagogik er det vigtigt at institutionen arbejder ud fra et fælles værdigrundlag og gør sig bevidst om mulighederne for at skabe gode rammebetingelser, både fysisk, organisatorisk og fagligt. Pædagogen kan opleve sit handlerum mindre end det reelt er på grund af manglende handleerfaringer. At se muligheder i at bruge hinanden, kan udvide det oplevede handlerum, og åbne for alternative måder at arbejde med børn i forhold til mad og måltider. Der skal tages hensyn til hvad der er betydningsfuldt for pædagogens arbejdsglæde i praksis og der skal være en sammenhængende rød tråd i det pædagogiske arbejde. Det er af væsentlig betydning, at alle pædagogerne har stor indflydelse på udarbejdelse og implementering af de pædagogiske læreplaner for at styrke ejerskabsfølelsen.

4.7 Måltidet tænkt ind i de pædagogiske læreplaner

I det følgende har vi eksemplificeret, hvordan måltidet kan udnyttes som pædagogisk rum. Måltidet er en tilbagevendende daglig aktivitet og dermed et oplagt omdrejningspunkt for at tænke sundhed ind i de seks temaer i de pædagogiske læreplaner.

Sund børnehave – fra sundhed som projekt til sundhed som kultur

Læreplanernes temaer:	Pædagogiske læringsmål: Børn skal have mulighed for	Måltidspædagogiske mål: Pædagogen skal skabe sund madkultur i børnehaven ved at
1 Barnets alsidige, personlige udvikling	i dagtilbuddets hverdagsliv at opleve sig som værdifulde deltagere i et socialt og kulturelt fællesskab at forfølge små og store projekter, søge mål og skabe nye mål, for herigennem at kunne erfare fremskridt og opleve anerkendelse fra de andre børn og voksne i dagtilbuddet	medinddrage børnene i at tilrettelægge rammerne om et måltid introducere til forskellige smagsoplevelser vise børnene at sundt er sjovt støtte børnene i at udvikle kritisk sans
2 Sociale kompetencer	at være nysgerrigt udforskende sammen med andre og kunne sætte sig spor i form af unikke bidrag til det fælles at kommunikere med andre om det, der opleves sammen, og at indgå i en hverdag, der lægger op til fortællinger om denne fælles historie	inspirere børnene til at prøve noget nyt skabe et frugtbart miljø for samtale, hvor børnene kan vise interesse for hinandens oplevelser og synspunkter
3 Sprog	at indgå i samtaler med voksne eller andre børn, hvor der både tales og lyttes, stilles spørgsmål og gives svar, eller hvor der i fællesskab planlægges fælles handlinger at de voksne støtter dem i at udvikle et varieret og korrekt sprog samt en evne til at bruge sproget, så det passer i forskellige situationer	tale om forskellige smagspræferencer lære børnene at sætte pris på smagsforskelle
4 Krop og bevægelse	aktivt at udforske og tilegne sig den fysiske, sociale og kulturelle verden gennem alle sanser at få viden om og indsigt i kroppens funktion og dens betydning for sundhed	give børn mulighed for at tilegne sig kompetencer i forhold til at tage vare på egen sundhed give børnene en basal viden om hvad der er sundt og usundt, samt om hvordan kroppen påvirkes af det, man spiser. give børnene mulighed for at udvikle et lystfyldt og nysgerrigt forhold til mad lære børn at træffe sunde valg

Sund børnehave – fra sundhed som projekt til sundhed som kultur

Læreplanernes temaer:	Pædagogiske læringsmål: Børn skal have mulighed for	Måltidspædagogiske mål: Pædagogen skal skabe sund madkultur i børnehaven ved at
5 Naturen og naturfænomener	at møde voksne som er vidende og medoplevende i forhold til børnenes egen eksperimenterende virksomhed at møde voksne, som viser glæde, interesse og ansvarlighed for natur og miljø i hverdagen.	lave mad sammen med børnene sørge for at måltidet ikke er fastlåst i sin struktur give børnene viden om råvarekendskab og -kvalitet være rollemodel
6 Kulturelle udtryksformer og værdier	at møde voksne, der aktivt formidler kultur, og som støtter dem i at eksperimentere med, øve sig i og afprøve sig selv i forhold til et bredt spekter af kulturelle udtryksformer at møde voksne, der aktivt formidler kultur og som giver børn alsidig inspiration for at udvikle forskellige kulturelle udtryksformer	introducere til forskellige madkulturer vise hvordan man kan lave sunde alternativer give børnene indsigt i forbrugsvalg

4.8 Erfaringsopsamling

En af børnehaverne i vores undersøgelse blev udvalgt ud fra en profil som gav det indtryk, at børnehaven satte ekstra fokus på sundhed og miljø. Børnehaven har haft sundhed som omdrejningspunkt i den pædagogiske praksis igennem mange år og har derfor stor erfaring med at tænke sundheden ind i hverdagens aktiviteter. Her bruges det derfor som eksempel på hvordan sundhed kan forankres i pædagogikken. I børnehaven er der taget nogle bevidste valg i forhold til at arbejde sundhedsfremmende. Der er skabt nogle normer, værdier og rammer, der sætter fokus på det enkelte barns livsmod og handlekompetencer, således at barnet stimuleres til konkret handlen – også i forhold til sundhed, der bevidst tænkes med ind i de pædagogiske læreplaner. Man har bl.a. etableret egen køkkenhave og kompostbunke, så børnene lærer at sortere affald. De køber økologiske fødevarer og opfordrer forældrene til ikke at bruge stanniol i madpakkerne (*miljøbevidste*). Børnehaven opfordrer desuden til sunde madpakker og har klare retningslinier for hvad der må være i madkasserne og hvad der serveres til fødselsdage osv. (*kostpolitik*). De laver mad med børnene så vidt det er muligt, for at stimulere børnenes lyst og trang til at prøve nye ting. De udnytter årstidsfester og traditioner, som fx høstfest, hvor de bl.a. høster og tilbereder grøntsager fra egen køkkenhave (*maddannelse*).

5 Udfordringer

I det følgende identificeres nogle af de udfordringer, der eksisterer for pædagoger i forhold til at tænke sundheden ind i de daglige aktiviteter. Udfordringer skal her forstås som både muligheder og barrierer – det kan være en udfordring at udnytte en mulighed, lige så vel som det kan være en udfordring at overstige en barriere. Vi har undervejs inddraget væsentlige resultater fra Fødevarestyrelsens rapport 'Undersøgelse af mad- og bevægelsespolitikker i kommunerne' [Fødevarestyrelsen, 2007].

5.1 Viden og holdning

Informanternes udsagn peger i retning af, at det er lederen i en børnehave, der sidder med initiativet og beslutningsansvaret i forhold til, at arbejde sundhedsfremmende i den enkelte institution. Hvis lederen ikke ser sundhed som noget helt centralt, er det en barriere for, at en forandringsproces kan sættes i værk. Pædagogers begrænsede sundhedsfaglige viden og lægmandsforestillinger om sundhed ser vi ligeledes som en barriere. Vores resultater peger på, at en udfordring kan være, at pædagogernes viden og private holdninger til sundhed kan være bremsende for indførelsen af en sund madkultur. Dette resultat understøttes af Fødevarestyrelsens rapport, som fremfører, at 'personlige holdninger snarere end faglige holdninger til mad og måltider er styrende' samt at personalet indirekte kan bringe dårlige indgroede vaner videre til børnene. Det konstateres endvidere, at mad kan være et 'anliggende, som endnu ikke er løftet over i det pædagogiske univers' [Fødevarestyrelsen, 2007]. Selvom pædagoger ikke forventes at være sundhedseksperter eller sundhedsformidlere, kan der argumenteres for, at der i takt med den samfundsmæssige udvikling og de højnede krav til pædagogens ansvar for børns sundhed – også i pædagoguddannelsen...?

En af de udfordringer som informanterne også nævner, er pædagogmangel og uuddannet personale (pædagogmedhjælpere og vikarer). Pædagogmedhjælperne besidder ikke den samme pædagogiske faglighed som de uddannede pædagoger og der er derfor risiko for, at de ikke i ligeså høj grad opnår følelsen af medejerskab i udviklingsarbejdet af den pædagogiske praksis.

5.2 Forældresamarbejdet

Forældrene spiller en væsentlig rolle i forhold til implementering af sundhedsindsatser. Fødevarestyrelsens rapport er nået frem til, at forældrene typisk er opdelt i 3 grupper: Den første er en gruppe af meget interesserede forældre, som skubber på for at få gode mad- og bevægelsestilbud til deres børn. Den anden – flertallet – har ikke nogen særlig holdning til dette og den sidste gruppe har en stærkt afvisende holdning i forhold til, at institutionen blander sig i det, der opfattes som et privat anliggende. De sidste udgør klart den største udfordring for det sundhedsfremmende arbejde

[Fødevarestyrelsen, 2007]. Det har stor betydning for pædagogerne oplevede handlerum, hvordan en forældregruppe fordeler sig i de tre grupperinger.

Der ligger en stor sundhedsmæssig udfordring i forældresamarbejdet. Mad kan være et privat og følsomt emne. Vores informanter taler om, at hjemmets konflikter omkring mad sendes med i madpakken. Det kan være ømtåleligt for pædagogerne at skulle tage et barns uheldige kostvaner op med forældrene. For at der kan skabes en lokalt forankret sundhedskultur i hver enkelt børnehave, må der tages beslutninger om, at det kun er acceptabelt at medbringe lødige mad. Svære samtaler er en del af pædagogers hverdag – det er de uddannede til. Pædagogen skal turde tilsidesætte respekten for det enkelte barns madpakke til fordel for opretholdelsen af en fælles madkultur i børnehaven og stå ved sin del af ansvaret for børns sundhed. Men ligesom pædagogen må udvise en rummelighed og en professionel holdning til samarbejdet er det vigtigt at forældrene, for at skabe sammenhæng mellem de forskellige 'rum' i barnets liv, bakker op om institutionens tiltag.

5.3 Opbakning

Der kan ligge en udfordring i manglende opbakning fra forældregruppens side og at pædagogerne dermed ikke føler at deres arbejde bliver værdsat. Det kan bl.a. skyldes, at forældrene ikke har tilstrækkelig indsigt i, hvad det professionelle pædagogiske arbejde indebærer. Her kan dokumentationskravet ses som en formidlingsform, der i forhold til forældrene, understøtter pædagogerne interesse i, at forældrene ved mest muligt om, hvad der foregår i børnehaven. Forældre bør måske i højere grad betragte børnehaven som et pædagogisk tilbud og ikke alene som et pasningstilbud. Politisk og forvaltningsmæssig opbakning i form af fælles dialog og forståelse spiller også en væsentlig rolle. Nye krav og forventninger til pædagogens ansvarsområde, skulle gerne afspejles i en pædagognormering og andre rammebetingelser, der modsvarer opgavernes indhold og omfang. Pædagogerne fagforbund BUPL mener således, at lederne og pædagogerne berettiget kan forvente synlig og konkret opbakning oppefra. [BUPL, 2004].

5.4 Fra politik til pædagogisk virkelighed

I kapitel fire argumenterede vi for indførelsen af en måltidspædagogik og således en forankring af en sund madkultur i den pædagogiske praksis. Vi fremhævede ligeledes læreplanerne som et udmærket redskab til dette. I læreplanerne indgår ernæring som en del af et isoleret emne og der er argumenteret for, at det er for snævert at arbejde med mad i dét, der nemt bliver en projekttankegang. I Fødevarestyrelsens rapport fremføres det, at de praktikere, man har talt med, finder det positivt med krav om udarbejdelse af mad- og bevægelsespolitikker, men at projekter uden opfølgning, vedligeholdelse og forankring giver anledning til utilfredshed [Fødevarestyrelsen, 2007]. Der er en vis

risiko for, at kostpolitikkerne bliver sat i værk pga. deres positive signalværdi, men hvis der ikke er indbygget konsekvens i en kostpolitik, så risikerer den at blive vejledende eller praktisk oplysning til forældre. En kostpolitik er ingen garanti for sundere praksis. Hvis kostpolitikker skal føre til bedre sundhed i børnehaver, skal alle involverede tage ejerskab for implementeringen og alle interessenter høres i processen. Lokale politikker og pædagogikker, der er tilpasset de lokale forhold, har de bedste vilkår for at blive forankret og efterlevet. Fødevarestyrelsens rapport fastslår, at 'der på såvel forvaltnings- som praksisniveau er enighed om, at sundhed skal være en integreret del af pædagogikken, dvs. en del af kerneydelsen, hvis pædagoger skal formå at løfte børnenes sundhedsniveau' [Fødevarestyrelsen, 2007].

5.5 Fra sundhed som projekt til sundhed som kultur

Når vi i dette projekt taler om at gøre sundhed til kultur, eller skabe sundhedskultur i børnehaverne, er det væsentligt også at gøre klart for læseren, hvilken forståelse vi tillægger kulturbegrebet i denne sammenhæng. Når vi benytter kulturbegrebet skal det også forstås som en kritik af projektbegrebet. Et projekt er en række sammenhængende aktiviteter, som udføres på organiseret måde med klart definerede start- og slutpunkter. Formålet med et projekt er at opnå bestemte resultater indenfor givne rammer, herunder ressourcer [Kousholt, 2004]. Begrebet kultur bruges ofte i dagligdagssproget i hverdagslivet. At kultivere, dyrke noget, - at opøve sig i en aktivitet, med henblik på at få et rigere og mere tilfredsstillende liv (livskvalitet) fremstiller kultur som både middel og mål [Andersen, 2001]. Jensen og Johnsen skriver, at sundhed ikke er noget, der skabes gennem særlige projekter, men hele tiden skabes i de sammenhænge, hvor folk lever og interagerer, samt at sundhedsperspektivet bør være en del af den daglige drift af institutioner og organisationer i kommunerne [Jensen og Johnsen, 2003]. Fødevarestyrelsens rapport siger: 'Sundhed griber ind i alle områder og derfor skal sundhed tænkes ind i alle aspekter af kommunens liv og virke' [Fødevarestyrelsen, 2007]. Som tilhængere af det demokratiske sundhedsfremmebegreb, taler vi for at dyrke sundheden, at gøre den til en gennemgribende kultur.

6 Overvejelser om strategi for en sundhedsfremmende indsats

Nærværende projekt kan betragtes som et forstudie til en konkret sundhedsfremmende indsats, der skal skabe bedre rammer for børns sundhed i daginstitutioner. I det følgende skitseres en strategi for en indsats, som skal sigte mod at styrke pædagogernes handlekompetence i forhold til at arbejde sundhedsfremmende i den pædagogiske praksis.

Strategien vil have følgende formål:

- Udbrede måltidspædagogik i børnehaven og skabe sundhedsfremmende miljø og sundhedskultur ved at ruste pædagoger til at tackle de faktiske og de oplevede barrierer og udvide deres handlerum.
- Forankre sundhed i pædagogikken ved at koble den sundhedsfremmende praksis med den pædagogiske praksis og yde procesbistand ved at guide og facilitere forandringsprocesser

Der lægges vægt på personlig formidling som det bedste udgangspunkt for at sætte en sundhedsfremmende forandringsproces i gang. Fokus rettes mod den enkelte institution. Indsatsen kan opdeles i tre led:

1: Praksistjek af institutionen for at afdække forandringspotentiale med udgangspunkt i deres egne ønsker og ideer. Hvor kan sundheden kobles på allerede eksisterende aktiviteter (fx måltidet) eller allerede eksisterende pædagogiske redskaber (fx læreplanerne)?

2: Procesbistand består i at guide og facilitere forandringsprocesser med afsæt i institutionens egne behov og idéer. At bidrage med inspiration til arbejdet med de pædagogiske læreplaner hvor sundheden bliver indarbejdet samt formidle viden om sundhed til pædagogerne etc.

3: Aktiviteter som fx foredrag, debataftener og kurser, som henvender sig hhv. til forældre, pædagogisk personale, ledelsen og/eller køkkenfagligt personale. Emnerne tilpasses den enkelte institutions behov fx:

- Måltidspædagogik
- Måltidet tænkt ind i de pædagogiske læreplaner

- Mad og bevægelse - praktisk inspiration
- Etablering af netværk institutionerne imellem til fælles erfaringsudbytte

Der udarbejdes en projektbeskrivelse for indsatsen med et klart fokus og hvor alle relevante spørgsmål er grundigt gennemtænkt, så det efterfølgende vil være muligt at måle, sammenligne, dokumentere og evaluere indsatsens proces og resultater. Projektbeskrivelsen kunne indeholde følgende punkter:

- Baggrund/evidens
- Projektorganisation
- Konceptbeskrivelse
- Formål
- Mål
- Målgruppeanalyse
- Interessentanalyse
- Ressourcer
- Risikovurdering
- Tidsplan/aktivitetsplan
- Succeskriterier
- Evaluering

Væsentlige led i planlægningen skitseres nedenfor.

Evidens

At arbejde evidensbaseret vil sige, at man sikrer velovervejet, systematisk og eksplicit anvendelse af den aktuelt bedste viden om hvilke metoder og indsatser, der virker på hvem, under hvilke omstændigheder og ved anvendelse af hvilke ressourcer [Sundhedsstyrelsen, 2007a]. Inden indsatsen sættes i værk skabes der overblik over den aktuelle sundhedstilstand og indsamles viden om, hvilke faktorer der har betydning for befolkningens sundhed.

Interessentanalyse

Det er vigtigt at gøre sig overvejelser om, hvilke aktører der kan have interesse i indsatsen. Dem som gerne skulle få gavn af indsatsen er børnene. Deres sundhedsvaner kan bedres og dermed også deres helbred. Børnenes forældre er en indirekte målgruppe, som skal tænkes med i alle indsatsens aspekter, netop fordi det er dem, der har det primære ansvar for barnets sundhed. Andre som fx Fødevarestyrelsen, kommuners sundhedsforvaltninger og sundhedscentre samt politikere kan også have interesse i det. Et af Fødevarestyrelsens formål er at formidle oplysning om sundhed til borgerne og kommunerne har med strukturreformen pr 1. januar 2007 overtaget ansvaret for den borgerrettede

forebyggelse. De har dermed alle interesse i at vide, hvordan sundhed bedst muligt forankres i daginstitutionerne.

Succeskriterier

Der udpeges succeskriterier for både projektets mål, formål og aktiviteter. Kriterierne vil rumme både kvantitative og kvalitative dimensioner. De kvalitative succeskriterier fokuserer på selve processen i dele af indsatsen som fx organiseringen af aktiviteter og de kvantitative vil være simple og målbare. [Sundhedsstyrelsen, 2007b].

Evaluerings og dokumentation af effekt

Den sundhedsfremmende indsats evalueres både på mål og proces. Datakilder som kan benyttes til evaluering af de udpegede succeskriterier, er fx databaser, registre, interview, beskrivelser eller fortællinger fra praksis. Som sundhedsformidlere lægger vi vægt på, at indsatsen også dokumenteres gennem brug af kvalitative metoder. Den største udfordring ved sundhedsfremmende indsatser er, at det kan være svært over for de bevilgende myndigheder, at dokumentere nytten af indsatsen og dermed dens berettigelse [Jensen og Johnsen, 2003].

7 Konklusion

Undersøgelsens resultater viste, at pædagogerne er positivt indstillede på at implementere mere sundhed i den pædagogiske praksis. De ser sig selv som rollemodeller og tager ansvar for børns sundhed. Pædagogerne betragter de pædagogiske læreplaner som et godt redskab til operationalisering af pædagogiske læringsmål og til udvikling af den pædagogiske praksis.

Vi har identificeret følgende udfordringer, som eksisterer for pædagoger.

I takt med samfundsudviklingen stilles der større krav til pædagogens ansvar for børns sundhed. Det er lederen, der sidder med beslutningsansvaret i forhold til at arbejde sundhedsfremmende. Pædagogernes begrænsede sundhedsfaglige viden og lægmandsforestillinger om sundhed er en udfordring for at indføre sundhed i børnehaven, især når det gælder mad og måltider.

Der skal opstilles klare regler for lødige mad i børnehaven, som skal formidles til forældrene. Derfor skal pædagogerne kunne facilitere en holdningsændring hos forældrene. Indførelse af en sund madkultur i børnehaverne afhænger derfor i høj grad af forældrenes indstilling og opbakning. For at sundhed kan blive en integreret del af pædagogikken, er det vigtigt, at der er krav fra kommunen om indførelse af kostpolitikker, også medfølger politisk og forvaltningsmæssig opfølgning og opbakning.

Det er nødvendigt at skabe en sund madkultur i børnehaven, for at barnet kan få mulighed for at tilegne sig handlekompeterencer i forhold til at tage vare på egen sundhed. Pædagogen har mulighed for at inddrage måltidet for at fremme sundheden. Det er for snævert alene at fokusere på ernæring, men der skal fokuseres mere på de sociale og kulturelle sammenhænge, som er forbundet med måltidet. Måltidet kan derfor udnyttes som pædagogisk rum, idet det har væsentlig betydning for barnets dannelse og socialisering. Måltidet lægger op til aktiviteter og samtaler der kan give børnene mulighed for at udvikle et lystfyldt og nysgerrigt forhold til mad. Det er altafgørende at barnet medinddrages i processen. Barnet skal udvikle en basal viden om, hvad der er sundt og usundt samt en grundlæggende viden om forbrug. Desuden skal barnet opmuntres til at udvikle en kritisk sans.

Pædagogens rolle er central i forbindelse med at fremme sundheden. Pædagogen har en dannelsesmæssig opgave overfor barnet. Pædagoger bærer derfor også et stort ansvar for at skabe sunde rammer i børnehaven. I kraft af sin pædagogiske ekspertrolle får hun også en rolle som formidler af sundhed til børnene og deres forældre. Derfor er det uhensigtsmæssigt, at hendes viden om mad og ernæring i nogen grad bygger på lægmandsforestillinger. Barnets sundhedsadfærd påvirkes af normer, værdier og rammebetingelser i bl.a. institutioner. Sundhed bør derfor være en integreret del af

institutionens samlede pædagogik. Dvs. institutionen skal skabe gode rammebetingelser både fysisk, organisatorisk og fagligt. Det er i den forbindelse afgørende, at pædagogerne får medindflydelse og opnår medejerskab i udviklingen af den pædagogiske praksis.

Vores rolle som sundhedsfremmere er at facilitere en holdningsændring og støtte op om en stadig udvikling af den pædagogiske praksis. Vi skal ruste pædagoger til at tackle de faktiske og de oplevede udfordringer og udvide deres handlerum, dvs. styrke pædagogens handlekompetence i forhold til at arbejde sundhedsfremmende. Ved at forankre sundhed i pædagogikken skabes sundhedskultur i børnehaven.

På baggrund af projektets problemformulering og planlægning, gennemførelse og behandling af egen empirisk undersøgelse, har dette projekt givet os bred indsigt i pædagogers faglige selvforståelse, deres kompetencer og handlerum i relation til at tænke sundhed ind i pædagogikken. At vores lille undersøgelse er nået frem til mange af de samme slutninger som større undersøgelser gennemført indenfor samme felt, siger måske noget om, at der er et udtalt ønske og behov for procesbistand på praktikerniveauet. Målet og formålet med dette projekt er hermed nået.

8 Referencer

Andersen, Heine (red) (2001): Sociologi – en grundbog til et fag. 2. udg. København, Hans Reitzels Forlag.

Antonowsky, A. (2000): Helbredets mysterium. København, Hans Reitzels Forlag.

Astrup, A. et al (1997): Menneskets Ernæring, fra molekylærbiologi til sociologi. København, Munksgaard.

Broström, S (red) (2004): Pædagogiske læreplaner – at arbejde med didaktik i børnehaven. København, Systime Academic.

BUPL (2004): Principper for forhandlinger om pædagogiske læreplaner. København. (www.bupl.dk)

Ellegaard, T. og Stanek, A.H. (red) (2004): Læreplaner i børnehaven – baggrund og perspektiver. Frederikshavn, Kroghs Forlag.

Ernæringsrådet (2003): Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. Publ. nr. 30

Fagt, S et al (2007): Børn og unges måltidsvaner. Søborg, Fødevareinstituttet, DTU.

Fagt, S. og Groth, M.V. (2003): Danskernes kostvaner. Måltidsvaner, holdninger, sociale forskelle og sammenhæng med anden livsstil. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Fødevaredirektoratet.

Franklin, J. et al (2006): Obesity and Risk of Low Selfesteem: A Statewide Survey of Australian Children. I: Pediatrics, 118, 2481-2487.

Fødevarestyrelsen (2007): Undersøgelse af mad- og bevægelsespolitikker i Kommunerne - Status, udfordringer og behov i skoler og dagtilbud.

Grønbæk, M. et al (2006): Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Grønfeldt, V. et al (2007): Hvor sunde er de danske børnehaver? Resultater fra spørgeskemaundersøgelse blandt dagtilbud til 3 – 6 årige. Søborg, Fødevareinstituttet, DTU.

Hill, A. J. & Silver, E. (1995). Fat, friendless and unhealthy: 9-year old children's perception of bodyshape stereotypes. I: International journal of obesity and metabolic related disorders. 19, 423-430.

Iversen, L. et al (2005): Medicinsk Sociologi, Samfund sundhed og sygdom. København, Munksgaard Danmark.

Jacobsen, B. et al (1999): Videnskabsteori. 2. udg. København, Nordisk Forlag.

Jensen, B. Bruun (2000): Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsviden. I: Hounsgaard, L.; Juul Eriksen, J. (red.). Læring i Sundhedsvæsenet. København, Gyldendal Uddannelse.

Jensen, B Bruun (2006): Sundhedsfremme i dannelsesmæssigt og pædagogisk perspektiv. I: Akselsen, K.; Koch, B. (red.): Sundhed, udvikling og læring. Professionelle perspektiver på børn og unges sundhed. Værløse, Billesø & Baltzer.

Jensen, T.K. og Johnsen, T.J. (2003): Sundhedsfremme i teori og praksis. 2. udg. Århus, Philosophia.

Klausen, S. Harnow (2005): Hvad er Videnskabsteori. København, Akademisk Forlag.

Kousholt, B. (2004): Projektlederbogen. København, Nyt Teknisk Forlag.

Kvale, S. (1997): InterView - en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København, Hans Reitzels Forlag.

Michaelsen, K. F. et al: Forebyggelse og behandling af fedme hos børn og unge. I Ugeskrift for Læger, 168/2.

Ministeriet for familie- og forbrugeranliggender (2008): Evaluering af loven om pædagogiske læreplaner. Slutevaluering.

Pearson, S. et al (2005): Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. Artikel i Ugeskrift for Læger 167/2.

Saugstad T. og Mach-Zagal R. (2006): Sundhedspædagogik for praktikere. 2.udg. København, Munksgaard.

Smidt, S (2003): Måltider i daginstitutioner for børn. I: Holm, L. (red.) Mad, mennesker og måltider. København, Munksgaard.

Stenbak Larsen, C. (2007): Måltidspædagogik mellem ernæring og sanselighed. Arbejdspapir fra forskningsprogrammet Socialanalytisk Samfundsdiagnose.

Sundhedsstyrelsen (2003): Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – Forslag til løsninger og perspektiver. København.

Sundhedsstyrelsen (2007a): Evidens i forebyggelsen. København

Sundhedsstyrelsen (2007b): Guide til planlægning af kommunale forebyggelsesindsatser. København.

Thurén, T. (2005): Videnskabsteori for begyndere. København, Rosinante.

Ziehe, T. og Stubenrauch, H. (1993): Ny ungdom og usædvanlige læreprocesser – kulturel frisættelse og subjektivitet. København, Forlaget politisk revy.

9 Bilag

Bilag 1: Interviewguide

Bilag 2: De 8 kostråd og kostkompasset

Bilag 3: Socialministeriets lov om pædagogiske læreplaner i dagtilbud til børn

Bilag 1: Interviewguide

Briefing:

Vi studerer Ernæring og Sundhed ved Subr's Seminarium (kort om uddannelsen).

Vi er i praktik i Fødevarestyrelsen og er i gang med en mindre undersøgelse af pædagogers forhold til børns sundhed, med henblik på at komme med forslag til hvordan pædagogers kompetencer kan styrkes i forhold til at arbejde med børn og sundhed.

Vi er to. Den ene interviewer og den anden observerer. Interviewet kommer til at handle om, hvordan mad og bevægelse indgår i dagligdagen i jeres børnehave og hvilke muligheder og barrierer i som pædagoger ser i forhold til at arbejde med børns sundhed.

Resultaterne skal bruges til vores bachelorprojekt, som bliver tilgængeligt på Subrs hjemmeside og vil blive brugt af medarbejderne i Fødevarestyrelsens oplysningsafdeling.

Vi vil gerne optage interviewet. Du er ikke forpligtet til at gennemføre interviewet og må gerne undlade at svare på spørgsmål du ikke har lyst til at svare på. Vi sikrer din anonymitet.

Baggrund

- Hvor gammel er du?
- Hvilken uddannelse har du?
- Hvor længe har du været uddannet?
- Hvor længe har du arbejdet med børn?

”Åbningsspørgsmål”

- Hvordan indgår mad og bevægelse i dagligdagen her i børnehaven?
- Har I udarbejdet en mad og/eller en bevægelsespolitik?
- Har der været problemer/konflikter ifm at indføre politikker?
- Hvem har taget initiativ til det?

Læreplaner

- Hvordan arbejder I med de pædagogiske læreplaner her i børnehaven? *(beskrivende)*
- Pædagogisk fokus/omdrejningspunkt for de 6 temaer?
- Hvilken betydning har de pædagogiske læreplaner haft for dig i dit pædagogiske arbejde?
- Er der noget, som gør det svært at have sundhed med i de overvejelser? *(barrierer?)*

Sundhedsfremme/rammer

- Oplever du et øget fokus på sundhed, mad og bevægelse generelt i samfundet? Hvorfra?
- Flere krav og større pres på jer som pædagoger?
- Er der noget, som gør det svært at sætte mere fokus på børns sundhed? *(kommune, forældre, kolleger, ledelse, tid, penge, vilje, viden/uddannelse)*
- *(Spørg til indkøbsaftaler o.lign. der kunne være barriere for metodefriheden i Næstved Kommune)*
- Hvilke muligheder ser du i forhold til at sætte fokus på børns sundhed?

Børns sundhed/faglig selvforståelse/ansvar/rollemodel *(ejerskab)*

Sund børnehave – fra sundhed som projekt til sundhed som kultur

- Hvad kan du godt lide at lave med børnene?
- Hvordan bliver du inspireret i dit arbejde med børnene?
- Opsøger du inspiration?
- Ser du dig selv som rollemodel for børnene?
- Føler du, at du har de redskaber, der skal til for at du kan arbejde mere med sundhed i forhold til børnene?
(kompetencer, efteruddannelse eller valgfag eller personlige interesser)
- Hvordan synes du ansvaret for børns sundhed skal fordeles mellem pædagoger og forældre?
- Er fordeling af ansvar noget, der er på dagsordenen her i børnehaven?
- Forældresamarbejde
- Er der samarbejde mellem institutionerne her i kommunen? *(Netværk)*
- Føler du at der er et behov for mere information eller nye/bedre inspirationsmaterialer?
- Hvordan kan vi gøre det (endnu) mere attraktivt for dig at søge inspiration om børn, mad og bevægelse?

Debriefing

Har du spørgsmål eller vil du tilføje noget, du synes er vigtigt, som vi ikke har været omkring?

Spørg om læreplaner, kost/sukker/bevægelsespolitikker eller andet præsentationsmateriale fra børnehaven vi kan få med os der kan understøtte interviewet.

Er de interesserede i at få tilsendt det færdige projekt?

Bilag 2: De 8 kostråd og kostkompasset

De 8 kostråd

De 8 kostråd er hverdagens huskeråd til en sund balance mellem mad og fysisk aktivitet.

Lever du efter kostrådene, vil kroppen få dækket behovet for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer. Du nedsætter risikoen for livsstils-sygdomme som hjertekarsygdomme, type 2 diabetes og kræft og forebygger, at du tager på i vægt.

Kostrådene er ikke slankeråd, men råd om, hvad der skal til for at leve et sundt liv. Ønsker du at tabe dig – så gør kostrådene til din livsstil, men spis mindre portioner, og bevæg dig mere end 30 minutter om dagen. Så opnår du et sundt vægttab, som det vil være nemmere at holde, og du får nogle sunde mad- og motionsvaner. Hovedparten af den danske befolkning kan med fordel leve efter kostrådene. Undtagelser er børn under 3 år, småspisende ældre og personer, der har en sygdom, der stiller andre krav til maden.

Kostkompasset

Kostkompasset er symbolet, der samler de 8 officielle kostråd. Kompasset er en vejviser til en sund balance mellem mad og fysisk aktivitet. Det viser ikke kun det sunde valg, men også det man skal spare på.



På www.altomkost.dk er der mulighed for at få flere oplysninger om de enkelte kostråd. Desuden har man på hjemmesiden samlet viden, gode råd, tips, inspiration og vejledning om sund mad og ernæring opdelt i kategorierne mad hjemme, mad på arbejde og mad i institution.

Socialministeriets lov om pædagogiske læreplaner i dagtilbud til børn

I Lov om social service, efter § 8 indsættes:

- § 8 a. Det enkelte dagtilbud skal udarbejde en pædagogisk læreplan for børn i aldersgruppen ½-2 år og aldersgruppen 3 år til skolealderen, der giver rum for leg, læring og udvikling. For den kommunale dagpleje udarbejdes læreplanen samlet for alle dagplejehjem tilknyttet den kommunale dagpleje.
- Stk. 2. Den pædagogiske læreplan skal med udgangspunkt i sammensætningen af børnegruppen beskrive dagtilbudets arbejde med mål for læring og indeholde overordnede pædagogiske beskrivelser af relevante mulige aktiviteter og metoder. Herunder skal det beskrives, hvordan udsatte børns læring understøttes. Læringsmålene er fælles overordnede mål for, hvilke kompetencer den pædagogiske læringsproces i dagtilbudet skal lede frem imod, jf. stk. 1. Socialministeren fastsætter nærmere regler for indhold af og overordnede mål for læring i dagtilbudene.
- Stk. 3. Dagtilbudets forældrebestyrelse samt kommunalbestyrelsen godkender den pædagogiske læreplan. Læreplaner skal evalueres årligt af forældrebestyrelsen i dagtilbudet med henblik på eventuel revision.

Loven træder i kraft den 1. august 2004.