




View metadata, citation and similar papers at [core.ac.uk](https://core.ac.uk)

brought to you by  CORE

provided by Göteborgs universitets publikation



# Forskning för en friskare generation

Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt

# Forskning för en friskare generation

Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt

**Redaktörer:**

Christina Berg och Maria Magnusson

**Medförfattare:**

Gabriele Eiben, Barbro Johansson,  
Lauren Lissner, Staffan Mårild, Eva Ossiansson,  
Hillevi Prell och Agneta Sjöberg

© Göteborgs universitet och författarna  
Forskning för en friskare generation  
Göteborgs universitet 2012  
ISBN 978-91-637-1845-8

Boken går att ladda ner från följande adress:  
<http://hdl.handle.net/2077/30602>

Layout och formgivning: [www.logiken.se](http://www.logiken.se). Foto: Johan Wingborg.

## Innehållsförteckning

<i>Förord</i> .....	4
<i>1. Inledning</i> .....	5
<i>2. Kartläggning av övervikt och fetma bland barn i Sverige</i> .....	9
Tillväxt i Sverige då och nu.....	9
Förekomst av fetma enligt lokala och regionala studier .....	11
Förekomst av fetma enligt nationell kartläggning.....	12
<i>3. Ojämlika förhållanden – skilda förutsättningar</i> .....	17
Socioekonomi, etnicitet och kultur .....	17
Tänkbara orsaker bakom skillnader i förekomst.....	18
Olika villkor i samma stad .....	20
Kan hälsofrämjande interventioner påverka utvecklingen? .....	22
Skolsköterskans samtal med barn med övervikt och fetma .....	24
<i>4. Levnadsvanor – resultat från en europeisk studie</i> .....	27
Levnadsvanor och fetma .....	27
IDEFICS-studien ger underlag för åtgärder .....	28
Matvanor.....	30
Fysisk aktivitet.....	32
Sömn.....	34
<i>5. TV:n har i alla fall blivit tunnare</i> .....	37
TV-vanor, kroppsideal och kroppsvikt .....	37
Betydelsen av TV-tittande för matvanor.....	39
Hur mat framställs i TV .....	40
<i>6. Hälsopusslet – en utmaning för barnfamiljen</i> .....	45
Kvalitativ studie i familjer.....	45
Nyttigt och onyttigt.....	46
Mjuka strategier.....	47
Veckans rytm.....	48
Möjligheter och hinder.....	50

<i>7. Hälsöfrämjande och förebyggande insatser</i> .....	55
Ökande fetma orsakas av en fetmaframkallande miljö.....	55
IDEFICS – en forskningsstudie av hälsofrämjande samhällsinsatser.....	59
<i>8. Sammanfattning och slutsatser</i> .....	62
Fetma är ett samhällsproblem .....	62
Förändring av levnadsvanor krävs .....	63
Skapa ett stödande samhälle .....	64
Föräldrar har en svår balansgång.....	64
Agera nu!.....	65
<i>Lästips</i> .....	66
<i>Highlights in English</i> .....	68
<i>Författare</i> .....	70
<i>Referenser</i> .....	73

## Förord

---

Vi är några forskare från olika delar av Göteborgs universitet som 2007 samlades inom forskningsprogrammet *CLOE, Children's Lifestyle and the Obesity Epidemic*. Syftet med *CLOE* är att följa utvecklingen av och förebygga fetma bland västsvenska barn och ungdomar, särskilt barn i socioekonomiskt utsatta områden. Avsikten är även att ta reda på vilka faktorer som ligger bakom fetmaepidemin, däribland konsumtionen av ohälsosamma drycker och livsmedel.

Vi har nu tillsammans med andra genomfört ett antal forskningsstudier inom programmet och redovisat flera av resultaten i vetenskapliga sammanhang. Många av dessa nya kunskaper kan vara praktiskt användbara i samhället. Vi tycker att det är viktigt att förmedla denna kunskap till framförallt politiker och andra beslutsfattare men även till ungdomar, föräldrar och de som arbetar med barn och unga. Därför har vi skrivit denna bok där vi utifrån vad som undersökts inom *CLOE*, vill redogöra för några forskningsresultat som kan vara till nytta i ett förebyggande arbete mot fetma.

Göteborg november 2012

Lauren Lissner, projektledare  
Christina Berg och Maria Magnusson, redaktörer,  
samt bokens övriga författare

*Forskningsprogrammet CLOE är finansierat av FAS, Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap. Tryckning och formgivning av denna bok har bekostats av Folkhälsokommittén i Västra Götalandsregionen.*

# Inledning



*Johan Jonsson och Lauren Lissner*

Under 1900-talet gjordes omfattande insatser för att förbättra hälsan bland svenska barn och ungdomar. Världen har emellertid förändrats radikalt och idag är det för mycket mat och stillasittande som leder till nya hälsoproblem för den unga generationen. Mellan 1984 och 2000 fyrdubblades andelen tio-åriga barn med fetma i Göteborg medan andelen barn med övervikt fördubblades. Fortsatt folkhälsoarbete behövs.

Vissa studier tyder på att ökningstakten av den totala andelen barn med fetma har avstannat. Det finns dock tecken på att ojämlikheten ökar så att barn till föräldrar med kort utbildning och/eller svag ekonomi löper en allt större risk att drabbas av fetma jämfört med barn i familjer där föräldrarna har lång utbildning och/eller god ekonomi. Forskningsinsatser behövs för att följa utvecklingen av hur kroppsmått och kroppssammansättning förändras och undersöka orsakerna till skillnader mellan olika grupper. Vi vet redan tillräckligt för att börja vidta åtgärder samtidigt som vi behöver utveckla våra kunskaper om mekanismerna bakom fetmaepidemin.

Fetma leder till negativa konsekvenser inte bara för det enskilda barnet och familjen utan även för samhället i form av ökade kostnader. För barnet kan det innebära fysiska problem och en risk för hälsoproblem senare i livet. Psykiska och sociala problem är också vanliga, delvis beroende på att det finns många fördomar förknippade med fetma.

Den direkta orsaken till fetma, både hos barn och vuxna, är att man äter och dricker för mycket och/eller förbrukar för lite. Både intag och förbrukning påverkas av en mängd bakomliggande faktorer. Det är därför viktigt att följa samhällsutvecklingen på olika områden. Barn rör inte på sig lika mycket som tidigare utan ägnar istället en stor del av sin fritid åt så kallad skärmtid, till

exempel att titta på TV och spela datorspel. Det är också färre som går eller cyklar till skolan. Dessutom ökar utbudet och tillgängligheten av billiga livsmedel som är kaloririka men som inte innehåller så mycket vitaminer och mineraler. Ett exempel är konsumtionen av läskedrycker som nådde en topp för några år sedan. Sambandet mellan barns intag av söta drycker och deras vikt har påvisats i flera studier. En del tecken tyder på att konsumtionen av socker och söta drycker har minskat under senare tid men det är ännu för tidigt att säga om detta är en verklig trend.

Det räcker inte att erbjuda information och utbildning om goda matvanor och fysisk aktivitet. Att kunna erbjuda hälsofrämjande miljöer är också centralt i det förebyggande arbetet. Den viktigaste miljön för ett barns utveckling är familjen. För att alla föräldrar skall kunna stödja sina barn till goda vanor behövs ett samhälle som gör detta möjligt. Förskolor och skolor bör vara stödjande miljöer och ha en central plats i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Mer kunskaper behövs dock om vilka typer av insatser som är effektiva. Vi vet idag att problemet med fetma bland barn bäst tacklas innan det har uppstått, det vill säga med förebyggande arbete. Förutom att fetma förorsakar lidande för barnen och deras familjer så är denna sjukdom svår att behandla och kvarstår ofta i vuxen ålder.

För att kunna förebygga barnfetma behövs mer kunskap om faktorerna bakom epidemin. Det är drivkraften bakom den forskning som bedrivits inom forskningsprogrammet CLOE under de senaste åren. I föreliggande skrift berättar forskarna mer om vad de själva har funnit och vad en del annan forskning har visat, och ger förslag till åtgärder som enligt dessa resultat skulle kunna hjälpa. Skriftens kapitel behandlar kartläggning av barnfetma i Sverige, socioekonomiska skillnader, levnadsvanor hos europeiska barn, påverkan av TV och media, familjens betydelse och förebyggande insatser. Resultaten är baserade på studier med deltagare i åldern två till 18 år. Resultaten är hämtade från flera olika forskningsprojekt, bland annat COSI, Grow Up (kapitel 2) och Global TV Advertising Study (kapitel 5). En samhällsintervention i Partille kommun i Västra Götalandsregionen, IDEFICS, har varit central inom forskningsprogrammet CLOE. Detta EU-projekt finns beskrivet i kapitel 4 och 7 och resultat som är relaterade till projektet återfinns även i kapitel 5 och 6. I kapitel 3 behandlas ojämlikhet i hälsa utifrån såväl kvalitativa som kvantitativa data.

I kapitel 8 sammanfattas slutsatserna från bokens olika delar.

Resultaten av forskningen inom CLOE understryker betydelsen av att arbeta på alla tänkbara nivåer för att främja en hälsosam livsstil hos barn i olika socioekonomiska grupper. Politiker har inflytande över såväl riktlinjer och åtgärder som hur resurser skall fördelas; från individnivån till den mer övergripande. Familjer behöver stöd från många aktörer – i första hand skolan och andra delar av det lokala samhället - för att kunna hjälpa sina barn till hälsosamma vanor. Skolorna, å sin sida, behöver resurser som tillåter dem att arbeta långsiktigt hälsofrämjande med vetenskapligt förankrade metoder, inklusive uppföljningar. På en övergripande samhällsnivå behövs miljöer och attityder som underlättar goda matvanor och fysisk aktivitet.

Vi tror också att boken ska ge inspiration till vidare läsning utifrån författarnas tips och referenser.

Lauren Lissner  
*Professor*  
*Göteborgs universitet*

Johan Jonsson  
*Folkhälsochef*  
*Västra Götalandsregionen*





# Kartläggning av övervikt och fetma bland barn i Sverige



Lotta Moraeus och Agneta Sjöberg

## Tillväxt i Sverige då och nu

---

Man brukar säga att under 100 år fram till mitten av 1950-talet blev svenska skolbarn tio cm längre. På 1950-talet såg man inte längre att barn till arbetare var kortare till växten än tjänstemannabarn. När barnen blev tio cm längre i medeltal sjönk BMI<sup>1</sup> en aning, det vill säga barnen ökade inte i vikt lika mycket som de växte på längden [1]. Ökningen i längd var en effekt av att välståndet successivt blev jämnare fördelat i befolkningen. Stora grupper i befolkningen vars barn tidigare varit undernärda fick möjlighet till god nutrition och en större andel av barnen fick möjlighet att växa till sin optimala längd. Andelen barn med övervikt och fetma var dessa år mycket låg även om det är viktigt att komma ihåg att det alltid har funnits både runda och smala barn.

### Över 300 000 barn i Sverige har övervikt eller fetma

Femtio år senare är läget ett annat. Ungefär tre procent av barnen i Sverige har fetma och var femte till sjätte barn har övervikt, inkluderat dem med fetma. Alltså handlar det idag om drygt 50 000 barn och ungdomar som har fetma och över 300 000 som har övervikt eller fetma. Konsekvenserna av den ökade förekomsten av övervikt och fetma bland barn i Sverige har vi ännu inte sett. Ingen tidigare generation har haft dessa höga tal av övervikt och fetma under sin uppväxt. Eftersom uppväxtvillkoren tidigare sett annorlunda ut jämfört med de senaste årtiondena är det svårt att uppskatta folkhälsoeffekterna av barnfetma.

Barn med normalvikt behåller i hög grad sin hälsosamma vikt längre fram i livet. I en studie med förskole- och mellanstadiebarn förblev 89 respektive 95 procent normalviktiga även i tonåren [2]. Övervikt och fetma i tonåren innebär i sin tur en mycket stor risk för bestående fetma även i vuxen ålder

---

<sup>1</sup> BMI: Body Mass Index, vikten i kilogram delat med längden upphöjt till två, kg/m<sup>2</sup>.

enligt internationella studier [3, 4]. Likaså ökar risken för fetma i vuxen ålder för barn som har en snabbare viktuppgång i åldrarna noll till sex år än vad som är normalt [5].

### **Olika BMI-gränser för barn och vuxna**

Fetma definieras oftast med hjälp av viktens relation till längden, BMI. Relationen förändras under uppväxten och gränserna för vad som är ett högt BMI är lägre hos yngre barn. De gränsvärden som används hos vuxna<sup>2</sup> kan inte användas för växande barn och därför har specifika referensvärden för olika åldrar tagits fram [6]. I barn- och skolhälsovården används dessa referensvärden och man följer också varje barns längd- och viktökning och jämför med tillväxtkurvor som baserar sig på ett genomsnitt av svenska barn [7].

### **Barns tillväxt följs i barn- och skolhälsovården**

I Sverige finns en mycket lång tradition att i barn- och skolhälsovård väga och mäta barn under hela uppväxten. Denna uppföljning är grundläggande, framförallt för att följa varje individs tillväxt. Metoden ger möjligheter att upptäcka avvikelser i tillväxten, utreda fysiska och psykiska orsaker samt sätta in åtgärder. Detta långsiktiga arbete bedrivs först inom barnhälsovården och barnens tillväxtdata överförs därefter till de journaler som används i skolhälsovården där man följer barnens tillväxt under deras år i skolan.

### **Insamlade data kan ge kunskaper om förekomst och trender**

Dessa journaler är dessutom en mycket bra källa att använda för att följa samhällsutvecklingen av övervikt och fetma bland barn eftersom i stort sett alla barn vägs och mäts regelbundet under barndomen och skoltiden. Det är emellertid så att även om alla dessa mätdata samlats in under lång tid och på i stort sett alla barn i Sverige så sammanställs inte informationen på nationell nivå. Mätdata från barn- och skolhälsovården har endast ställts samman på lokal och regional nivå och det är på denna typ av data vi idag baserar vår kunskap om förekomst och utveckling av övervikt och fetma hos svenska barn [8]. Initiativ har tagits av Socialstyrelsen att bygga upp ett system för nationell sammanställning av rutinmässiga mätdata från barn- och skolhälsovården. Data skulle enligt förslaget vara kopplade till individer och utgöra en utbyggd del av

---

<sup>2</sup> Gränsvärden hos vuxna: undervikt BMI <18,5; övervikt BMI 25-30; fetma BMI >30

Medicinska födelseregistret. På grund av etiska betänkligheter har detta förslag dock inte genomförts.

Idag används digitala journaler i barn- och skolhälsovården och därmed kan man tycka att möjligheten att sammanställa dessa mätdata har ökat. Dock finns problem också med att flera olika system av journaler används och att dessa inte är kompatibla. Därmed finns både praktiska och etiska hinder i nuläget för att få den sammanställning av längd- och viktdata från barn i olika delar av landet som så väl behövs för att följa utvecklingen av övervikt och fetma bland barn i Sverige. Att överbrygga dessa två problem vore av största värde då det är nödvändigt att noggrant följa hälsoutvecklingen i befolkningen och kunna agera tidigt när förändringar sker. På följande sidor presenterar vi siffror om förekomst av övervikt och fetma hos barn i Sverige baserade på lokala och regionala studier samt siffror från den första nationella studien där vi istället för att använda skolhälsovårdsdata varit ute och mätt barn i ett antal lågstadieskolor för att få nationellt representativa siffror om förekomsten av övervikt och fetma.

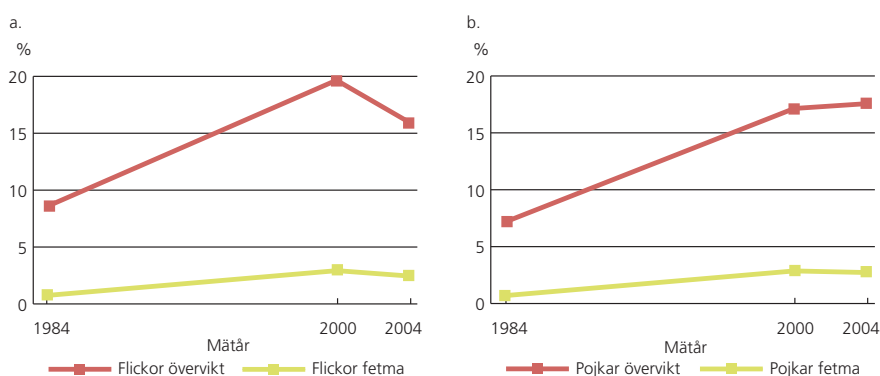
## Förekomst av fetma enligt lokala och regionala studier

---

### **Fyrdubbling i slutet av 1900-talet**

Undersökningar från olika delar av Sverige visar att andelen tioåringar med övervikt mer än fördubblades från mitten av 1980-talet fram till 2000-talet, [9, 10]. Under denna tidsperiod ökade förekomsten av övervikt bland tioåriga flickor i Göteborg från nio till 20 procent och bland tioåriga pojkar från sju till 17 procent (Figur 1 a, b) [10, 11]. Andelen barn med fetma fyrdubblades under samma period och var när vi gick in i 2000-talet cirka tre procent. Dessa forskningsresultat och resultaten från en senare uppföljning baseras på uppmätta längd- och viktuppgifter på mer än 4 000 tioåringar vid tre undersökningstillfällen. Uppföljningen visade att mellan år 2000 och 2004 minskade övervikten bland tioåriga flickor och kurvan för pojkarna planade ut något (Figur 1 a, b) [11]. Positivt är att under de allra senaste åren verkar ökningen av övervikt och fetma avstannat bland tioåringar [11-13] och i Göteborg visar mätningar i flera åldersgrupper genomförda inom skolhälsovården under de senaste åren (2008-2011) små eller inga förändringar [14]. Trots de senare årens observationer är det för tidigt att säga om övervikt bland barn och ungdomar har slutat att öka och om en vändning är på gång.

Fetmaepidemin har två ansikten, dels en generell ökning i hela befolkningen och dels en ökad förekomst i riskgrupper exempelvis de med låg socioekonomisk status. Detta bekräftas av studierna i Göteborg som visar att förekomsten av övervikt och fetma nu är högre även bland barn i ekonomiskt privilegierade områden än den var i hela befolkningen för 25 till 30 år sedan [11]. Studierna i Göteborg och Stockholm visar en stark social gradient i övervikt och fetma med lägre förekomst i områden där befolkningen har hög socioekonomisk status [11, 13]. De allra senaste årens observation att övervikt och fetma inte fortsatt öka kanske inte gäller alla delar av befolkningen. Exempelvis har förekomsten av fetma fortsatt öka bland pojkar som bor i områden med låg socioekonomisk status i Stockholms län [12]. För att följa viktutvecklingen bland svenska barn generellt över tid, att följa utvecklingen i undergrupper och för att följa effekterna av insatser som syftar till att främja hälsosam viktutveckling bland barn är uppföljning i nationellt representativa urval nödvändiga. Dessutom behöver man använda standardiserade metoder och standardiserad utrustning när man genomför mätningarna.

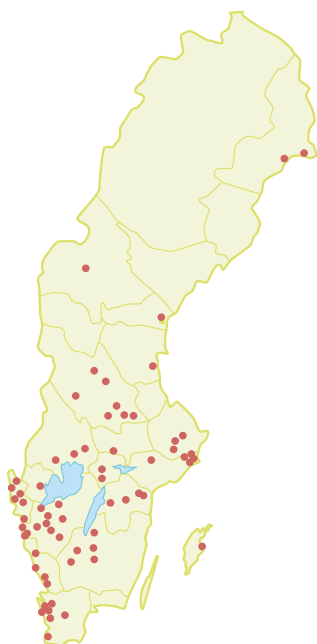


Figur 1. Förekomst av övervikt och fetma hos flickor (a) och pojkar (b) i Göteborg 1984, 2000 och 2004.

## Förekomst av fetma enligt nationell kartläggning

I ett samarbete med Världshälsoorganisationen (WHO) i WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI, har nationellt representativa siffror kring förekomst av fetma tagits fram tillsammans med fakta om livsstil och skolmiljö. Eftersom samma metoder användes samtidigt i elva andra europeiska länder kommer också resultaten att kunna jämföras länderna emellan [15].

Statistiska centralbyrån (SCB) tog fram ett slumpmässigt urval av skolor där olika kommuntyper samt kommunala skolor och friskolor var representerade i proportion till Sverige som helhet. Av de 220 utvalda skolorna med lågstadiet barn deltog 94 skolor i kartläggningen. I figur 2 kan man se hur de deltagande skolorna var fördelade över landet.



**Figur 2.** Geografisk fördelning av de skolor som deltog i den nationella kartläggningen av övervikt, fetma och livsstil 2008.

### **Fetma hos tre procent av de svenska lågstadiebarnen**

Förekomsten av övervikt och fetma bland barn i hela Sverige var 17 procent, varav tre procent hade fetma. Vi observerade också en skillnad i förekomst av övervikt och fetma beroende på var barnet växte upp [16]. Övervikt och fetma var vanligare i glesare befolkade områden jämfört med storstäder och omkringliggande kranskommuner. Allra lägst var övervikt och fetma i kommuner som omger våra storstäder Stockholm, Göteborg och Malmö. Denna skillnad i förekomst beroende på befolkningstäthet och mellan kommuner kunde i stort sett förklaras av socioekonomiska skillnader hos befolkningen.

### **Föräldrarnas vikt påverkar barnens tillväxt**

För att ta reda på mer om barnens och deras föräldrars bakgrund och livsstil fick föräldrarna fylla i en enkät med frågor om bland annat barnens fysiska aktivitet,

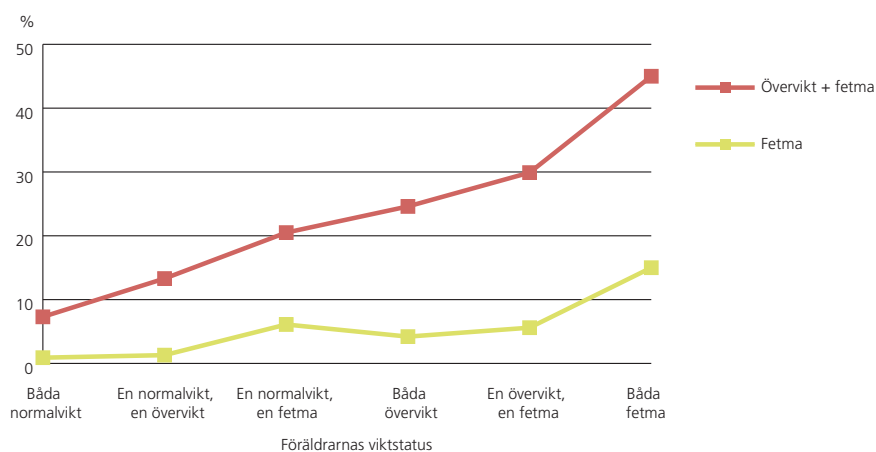
TV- och datoranvändande, föräldrarnas utbildning, vikt, längd och träningsvanor. Hos föräldrarna återfanns lägst förekomst av övervikt och fetma bland dem som bodde i tättbebyggda områden och hos de med högre utbildning [17].

Vi kunde även se ett tydligt samband mellan barnens och föräldrarnas viktstatus. Risken för övervikt och fetma var högst för de barn där båda föräldrarna hade fetma. Bland dem hade 45 procent av barnen övervikt (inklusive fetma) och 15 procent fetma (Figur 3).

### Livsstil kan vara en del av förklaringen

Barn med lågt utbildade föräldrar, de som åt frukost mer sällan och barn med lägre fysisk aktivitet hade också högre risk för övervikt och/eller fetma men till stor del förklarades variationen av föräldrarnas viktstatus. Man kan anta att det beror på att föräldrarnas viktstatus är ett resultat av deras livsstil som de i stor utsträckning delar med sina barn.

Vi kunde se att det fanns en variation i vissa livsstilsfaktorer hos barnen och deras föräldrar beroende på socioekonomi och uppväxtmiljö. Barn i glest bebyggda områden och barn vars föräldrar hade låg utbildning lekte utomhus mer än barn i städerna och de med högutbildade föräldrar. Å andra sidan deltog de i mindre utsträckning i organiserade idrotter och hade oftare en TV eller dator i sovrummet.



**Figur 3.** Hög vikt hos föräldrarna ökade risken för övervikt och fetma hos barnen. Den översta linjen visar barnens risk att ha övervikt eller fetma beroende på deras föräldrars viktstatus. Den undre linjen visar barnens risk att ha fetma beroende på deras föräldrars viktstatus.

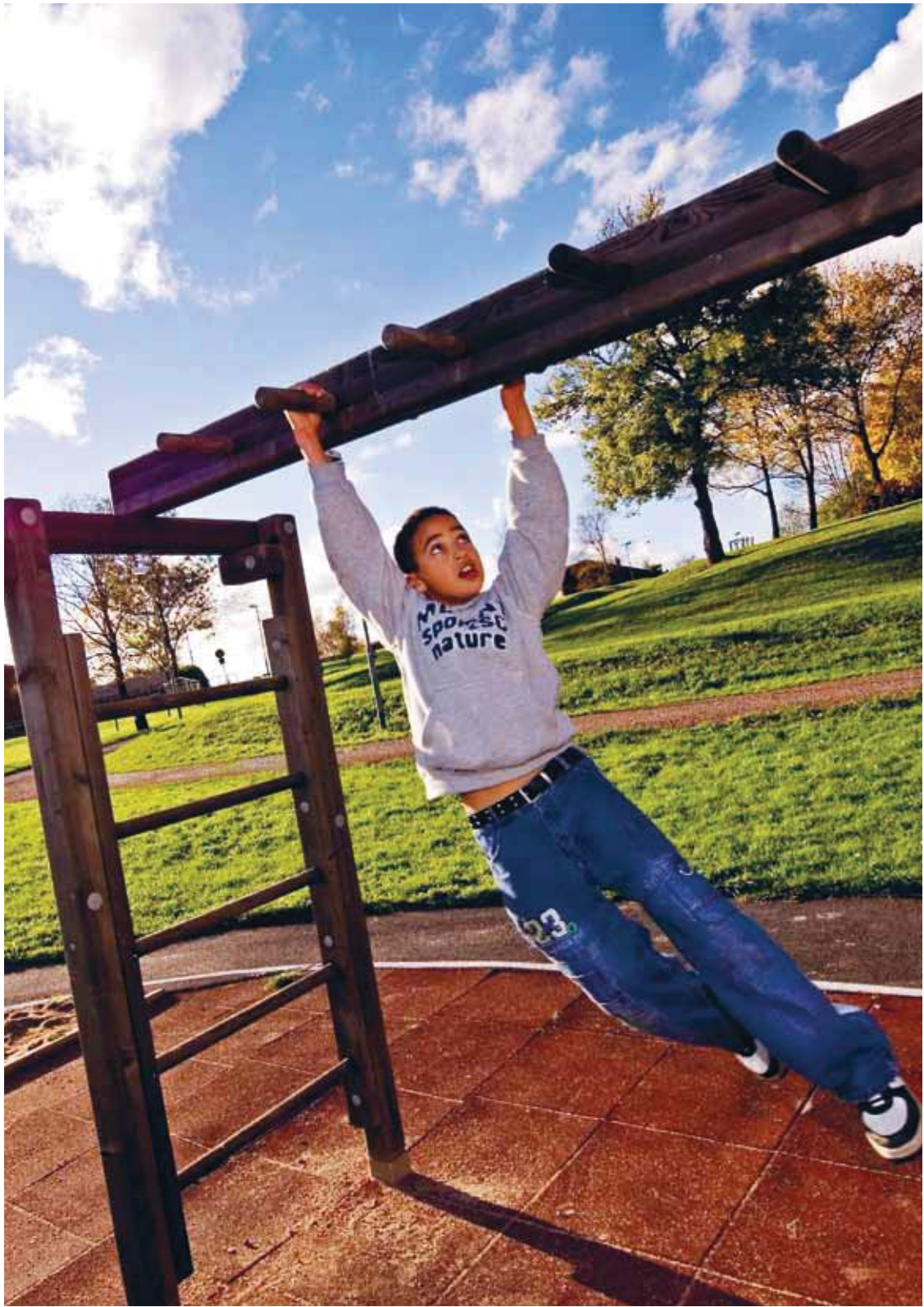
## Förslag till åtgärder

---

Både individ- och områdesfaktorer har ett samband med barnens viktstatus och det är därför viktigt att ingripa mot övervikt och fetma på flera nivåer.

- För att nå de barn som har störst risk kan man inrikta sig på områden med hög risk; exempelvis områden med låg utbildningsnivå och glesare bebyggelse.
- Samtidigt bör man redan när barnen är små försöka nå föräldrar med övervikt eller fetma.
- Eftersom alla barn vägs och mäts rutinmässigt inom barn- och skolhälsovården skulle man på ett relativt enkelt sätt kunna skapa system för att följa utvecklingen av övervikt och fetma genom sammanställningar av dessa uppgifter. Detta är en åtgärd som kräver politiska beslut.
- I Sverige har vi goda grundförutsättningar för att barn ska kunna växa upp med en hälsosam vikt. Detta gäller både barnets familj och det omkringliggande samhället. Det som behövs är att alla arbetar i samma riktning samt att man hittar de arbetsätt som passar för olika gruppers/områdets förutsättningar.





## Ojämlika förhållanden – skilda förutsättningar

# 3

*Maria Magnusson*

### Socioekonomi, etnicitet och kultur

---

I hela Europa ökar skillnaderna mellan olika sociala grupper när det gäller andelen barn som drabbas av fetma [18]. Vi ser dessa klyftor även i Sverige. Fetma är vanligare bland barn i bostadsområden med låg socioekonomisk status och många flyktingar [19, 20] samt bland barn på landsbygden [16].

Fetma är bara en av de många aspekter av barns hälsa som påverkas av föräldrarnas lön, utbildning och sysselsättning. Troligen är det lättare att förstå mekanismerna bakom sambanden om man undersöker dessa parametrar var för sig istället för under samlingsbegreppet socioekonomisk status (SES) [21, 22].

Om man använder etnicitet som indelningsgrund bör man förtydliga hur man definierar de etniska grupper som man delar in deltagarna i och varför man valt att använda just de definitionerna och indelningsgrunderna [23]. Migrationens bakomliggande orsaker kan påverka hälsan lika mycket som var man själv eller ens föräldrar är födda [24].

”Kultur” förekommer ofta i diskussioner kring sjukdomars orsaker. Det är ett omfattande begrepp och om man inte specificerar det så har det egentligen inget förklaringsvärde. En definition som kan vara användbar i det här sammanhanget är ”kollektiva erfarenheter” [25].

#### **Samband är inte samma sak som orsaker**

Bakgrunden till fetma kan verka enkel: ett överintag av energi i förhållande till vad man gör av med resulterar på lång sikt i ansamling av fettvävnad, som när den når en viss nivå blir ohälsosam. Bakom detta skenbart okomplicerade förhållande döljer sig många komplexa samband. Sociala, kulturella, ekonomiska, genetiska, medicinska och psykologiska faktorer samspelar och påverkar både energiintag och förbrukning.

En av forskningens uppgifter är att fördjupa förståelsen för hur olika faktorer samverkar, bland annat för att skapa en vetenskaplig grund för förebyggande och behandlande insatser. När man i detta sökande efter kunskap finner skillnader – exempelvis att det bland föräldrar med hög utbildning är mindre vanligt att barnen drabbas av fetma - så kan man uttrycka det som att föräldrarnas utbildning *förklarar* skillnaderna mellan grupperna. Det betyder inte att det är en förklaring så som man menar i vanligt talspråk, det vill säga att barn löper större risk för fetma *därför att* föräldrarna har låg utbildning. Istället betyder det att det rent statistiskt finns ett samband, det vill säga att det är fler barn till föräldrar med kort utbildning som har fetma. Men själva förklaringen, *varför*, ingår inte i just denna modell även om det kan låta så. Det finns dock forskning som pekar på tänkbara orsaksförklaringar både till detta och andra samband.

## Tänkbara orsaker bakom skillnader i förekomst

---

De flesta studier på området bekräftar att en plats långt ner i ”samhällets hackordning” [26] ökar risken för fetma, något som har varit känt länge [27]. Diskussionerna kring detta riskerar att vidmakthålla en ”vi/dom” känsla mellan grupperna med högst förekomst och forskarna, en känsla som kan leda till att individer i de utpekade grupperna får ett minskat förtroende för experter vilket i sig kan medföra en ökad risk för fetma [28, 29]. Den ömsesidigt bristande förståelsen kan bero på faktorer som att sambanden är komplicerade och svåra att förstå och beskriva och att de flesta forskare och journalister (som oftast är de som kommunicerar resultaten till allmänheten) inte tillhör grupperna med högst risk. Genom åren har de ofta levererat ”förklaringar” som i allmänna ordalag förlägger problemen till grupperna själva - exempelvis att de har en bristande förståelse för vad som är bra mat eller bristande insikt i riskerna med fetma. Även kulturella skillnader nämns ibland som förklaring. Detta är relevant utifrån det faktum att våra kollektiva erfarenheter till stor del bestämmer vårt beteende, men om man använder begreppet utan att specificera vilken aspekt av beteendet man menar så är risken att det snarast verkar stigmatiserande. Det är mer konstruktivt att lyfta fram konkreta orsaker som kan användas som utgångspunkt för förändring.

## **Utbildning**

Att kort utbildning hos föräldrarna ökar risken för barnfetma kan, bland mycket annat, bero på att det är lättare för föräldrar med hög utbildning att lära sina barn hantera den kraftfulla reklam för energitäta livsmedel som de utsätts för [30] (se kapitel 5). Det finns också forskning som tyder på att personer med hög utbildning känner ett större förtroende för vetenskapliga experter inom olika områden, vilket i så fall kan leda till att de har lättare att tillgodogöra sig stöd från barnhälsovård och sjukvård [31].

## **Inkomst**

Det är väl känt att barnfetma i dagens samhälle är vanligare i grupper med låg inkomst. Så har det inte sett ut historiskt. Mänsklighetens överskuggande problem har genom tiderna varit hotet att få för lite mat. De grupper som haft det bäst ställt har haft god tillgång till mat och inte behövt slita så hårt fysiskt. De fattiga däremot har snarare riskerat svält än fetma. En av många förklaringar till förändringen kan vara att mat med mycket energi per portion blivit förhållandevis mycket billigare än mat av högre näringsmässig kvalitet, det vill säga mat med färre kalorier och mer vitaminer och mineraler. I dagens samhälle underlättas också fysisk aktivitet för barnen om föräldrar har råd att betala medlemsavgifter till idrottsföreningar och har möjlighet att skjutsa till träningar. Om föräldrarna är vana vid att arbete är liktydigt med hårt muskelarbete, något som är vanligare i låglöneyrken, så prioriterar de kanske att vila kroppen när de är lediga, med följd att det blir för lite av hälsosam fysisk aktivitet. En sådan föreställning kan finnas även om ens arbete inte är fysiskt tungt, ifall ens omgivning av tradition ser på muskelansträngning som något förknippat med tvång och slit [32].

## **Migration**

Migration påverkar matvanorna på många sätt. Den som har flyttat till Norden från sydligare länder är exempelvis oftast van vid hemifrån att frukt och grönsaker är billigare än vad det är här. Kött och mejerivaror (som i de flesta kulturer har högre status än vegetabilier) är däremot relativt sett ofta dyrare i hemlandet. Därför är det vanligt att man börjar äta mindre grönsaker och mer köttprodukter efter flytten. Mat som innehåller mycket energi, det vill säga är fet och/eller söt, har för många varit en bristvara och blivit åtråvärd som markör för att man har råd att unna sig något extra [33]. Klimat, stress och ändrade sociala

förhållanden kan också öka risken för fetma. Om man, som många flyktingar, har egna minnen av svält betraktar man inte gärna knubbigheten hos sina barn eller barnbarn som en hälsorisk. Stress till följd av osäkra levnadsförhållanden och diskriminering kan vara en ytterligare bidragande orsak bakom överrepresentationen av barnfetma i de nämnda grupperna [32, 34].

### **Ingen enskild faktor utgör hela förklaringen**

Även om vi vet en del om vad som ligger bakom denna ojämlikhet så är vi långt ifrån en helhetsbild av vad som förklarar skillnaderna mellan olika grupper i samhället. De förklaringar som presenterats här kan snarare betraktas som pusselbitar som kan bidra till att utveckla arbetet med att förebygga och behandla. Många barn till föräldrar med kort utbildning, låg lön eller som kommit som flyktingar drabbas inte av fetma. Orsakerna till fetma är många och sjukdomen finns i alla grupper i samhället. För att hitta så exakta pusselbitar som möjligt – för att fortsätta med den liknelsen – så är det viktigt att man i epidemiologiska studier jämför olika grupper utifrån sådana indelningsgrunder att resultatet verkligen ger värdefull ny kunskap. För att kunna belysa orsakerna på mer nyanserade sätt krävs också andra typer av forskningsansatser. En sådan är deltagarstyrd forskning, där frågeställningar och metoder utgår från deltagarnas perspektiv snarare än forskarnas. Den typen av forskning, kombinerad med samhällsbaserade förebyggande interventioner, har också gett bra resultat när det gäller att förebygga fetma [35].

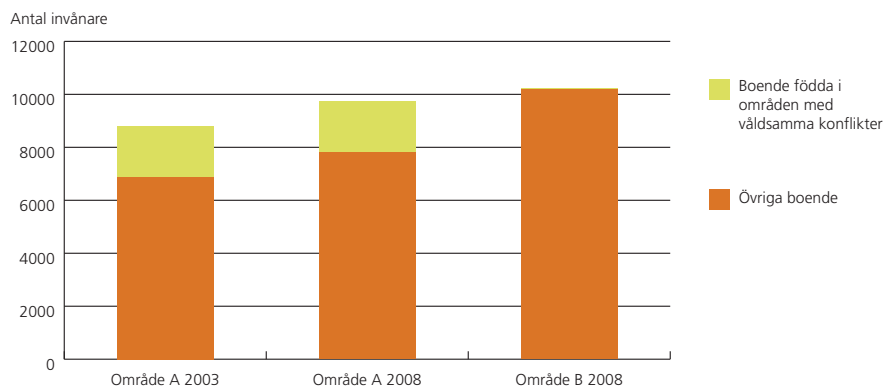
Ett annat problem är att de grupper i befolkningen där barnen löper störst risk för fetma delvis sammanfaller med dem där individerna har det lägsta deltagandet i studier om hälsorelaterade levnadsvanor. Orsakerna är inte kända, men skulle kunna vara att frågorna inte känns relevanta eller att man har missat att fråga om aspekter som är viktiga för hälsan. Följden av de låga svarsfrekvenserna blir att den vetenskapliga kunskapen om sambanden mellan livsstil och hälsa är som svagast på områden där det verkar finnas flest problem att lösa.

### **Olika villkor i samma stad**

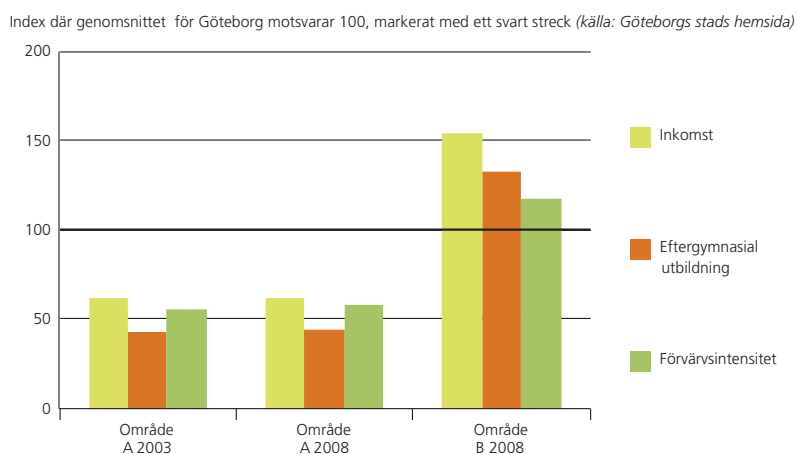
---

På två olika skolor i Göteborg, belägna i bostadsområden med olika levnadsstandard (figur 4 och 5), studerade vi år 2008 längd, vikt, mat- och rörelsevapor hos 5:e och 6:e klassare, samt deras tilltro till förmågan att kunna påverka sin hälsa. I det ena området (kallas här Område A) har invånarna i genomsnitt

lägre inkomst, utbildningsnivå och grad av förvärvsintensitet än i det andra som benämns Område B (och lägre än genomsnittet för Göteborg).



**Figur 4.** Antal invånare i område A år 2003 och 2008 samt i område B år 2008. Andelen födda i länder där våldsamma konflikter har utspelat sig under de senaste decennierna är markerad i staplarna (motsvarar 28, 25 respektive 0.6 procent, den sistnämnda andelen för liten för att synas i figuren).



**Figur 5.** Inkomst, eftergymnasial utbildning och förvärvsintensitet för område A år 2003 och 2008 samt för område B år 2008.

### Skillnader i vanor – olika förekomst av fetma

Vi iakttog många skillnader i levnadsvanor, samtliga till fördel för barnen i området där föräldrarna hade högre utbildning och högre inkomst (tabell 1). I det rikare området var det 0,8 procent (ett barn) och i det fattigare området 6,7 procent (sju barn) som hade fetma. Det fanns däremot ingen statistiskt säkerställd skillnad i förekomst av barn med undervikt<sup>1</sup>.

Parameter	Område A år 2008 N=97 %	Område B 2008 N=121 %
Tror att man kan påverka sin egen hälsa	55	87
Äter grönsaker till sin lunch, minst tre dagar i veckan	69	83
Dricker läsk $\geq$ 4 dagar i veckan	27	2
Dricker läsk dagligen	7	0,8
Söta eller feta eftermiddagsmellanmål	8	0,8
Äter mer än 400 g godis i veckan	12	4
Har alltid tillgång till godis hemma	23	8

**Tabell 1.** Kostrelaterade uppfattningar och vanor bland 5:e och 6:e klassare i skolor i olika områden. Samtliga skillnader i tabellen är statistiskt säkerställda.

### Kan hälsofrämjande interventioner påverka utvecklingen?

I skolan i område A gjorde vi en första studie år 2003. Den visade ungefär tre gånger så hög förekomst av fetma (13%) som för landet i genomsnitt, en hög konsumtion av söta drycker och godis och att färre än hälften av barnen brukade äta frukost (tabell 2). Publiceringen av resultaten från den första kartläggningsstudien, och den efterföljande diskussionen, bidrog till att det anslogs medel till ett folkhälsoprojekt med uppdrag att utveckla metoder för att förebygga övervikt och fetma; Folkhälsogrupp Jämvikt [36].

<sup>1</sup> Undervikt definieras här som vikt minst två 2 standardavvikelse under den som är normal för barn med samma ålder och längd.

### Folkhälsoarbete med teoretisk förankring

Metodutvecklingen bedrevs utifrån folkhälsovetenskapligt förankrade teorier kring hälsa, kultur, lärande och etik. Den var inriktad på att, i dialog med befolkningen och genom samarbete mellan kommun, primärvård och andra aktörer, gagna så många som möjligt i olika grupper. För att tillgodose behovet av en praktiskt användbar och vetenskapligt grundad referens för riktlinjer för kost och motion sammanfattades Livsmedelsverkets rekommendationer för kost och motion i en folder, som översattes till tolv språk. I foldern<sup>2</sup> presenterades Tallriksmodellen med beskrivande ord istället för att illustreras med traditionellt svensk mat.

Parameter	Område A	Område A
	år 2003 N= 108 %	år 2008 N=97 %
Tror att man kan påverka sin egen hälsa	37*	55
Äter frukost varje skoldag	50	63
Äter mer än sju frukter i veckan	26*	41
Äter grönsaker till sin lunch, minst tre dagar i veckan	52*	69
Dricker läsk $\geq$ 4 dagar i veckan	44*	27
Dricker läsk dagligen	16	7
Söta eller feta eftermiddagsmellanmål	19*	8
Äter mer än 400 g godis i veckan	12	12
Har alltid tillgång till godis hemma	38*	23

\* Statistiskt säkerställda skillnader

**Tabell 2.** Kostrelaterade uppfattningar och vanor bland 5:e och 6:e klassare i område A, år 2003 respektive 2008.

### Det gick framåt – men vi vet inte riktigt varför

När studien upprepades år 2008, med nya barn i samma åldersgrupp, hade flera av indikatorerna för matvanor förändrats i positiv riktning (tabell 2). I finansieringen ingick inte medel för att skapa någon kontrollgrupp och det går

<sup>2</sup> Finns att beställa via Västra Götalandsregionens hemsida: <http://www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/Broschyror-och-patientinformation/>



därför inte att dra några säkra slutsatser om i vilken utsträckning framstegen berodde på det lokala hälsofrämjande arbetet. Tilltron till förmågan att kunna påverka sin hälsa ökade under perioden. Vikten<sup>3</sup> minskade bland flickorna och den totala andelen barn med fetma halverades från 13 till 6,7 procent (den senare ändringen är emellertid inte statistiskt säkerställd).

## Skolsköterskans samtal med barn med övervikt och fetma

---

För att få en bild av vilka metoder som skolsköterskor använder vid sådana stödsamtal analyserades sammanlagt 22 samtal med kvalitativ innehållsanalys. Eleverna var i åldrarna åtta till 16 år gamla. I tio av samtalen deltog minst en av föräldrarna. Tolk skulle ha behövts vid sex av samtalen men hade bara ordnats vid ett enda [37].

### **Goda hälsosamtal kräver djup kunskap**

Skolsköterskorna utgick ofta från sin egen förutbestämda uppfattning om vad eleverna och familjerna behövde höra. I vissa fall lämnade de svävande och ottydliga förklaringar till varför barnen skulle äta på ett visst sätt, eller röra på sig. Vid dessa tillfällen använde de oftare allmänna råd och ”pekpinnar” istället för att utgå från barnens och familjernas egna förhållanden och frågor. Resultaten tyder alltså på att bristande ämneskunskap är hinder för personcentrerad rådgivning.

### **Fokus på kulturella skillnader kan vara problematiskt**

I sina samtal med invandrade familjer påpekade skolsköterskorna ofta för dem – i positiva ordalag – att de hade en ”annan” matkultur; i nästan samtliga fall utan att ha tagit reda på hur familjerna egentligen åt. Det innebar att de framhöll särarten hos familjerna utan att erbjuda stöd till förändring av matvanorna. Ett sådant förhållningssätt kan potentiellt stärka känslan av utanförskap. Att de inte kunde ge råd och stöd är inte oväntat, med tanke på att den kännedom om livsmedel och matkultur från olika regioner i världen som hade behövts inte ingår i skolsköterskans kompetensområde. Om skolhälsovårdsteamens breddades så att även dietister och sjukgymnaster ingick i dem skulle möjligheterna att erbjuda alla elever ett individanpassat stöd – och därmed bidra till att utjämna olikheterna i hälsa – förbättras.

---

<sup>3</sup> Mätt med BMI z-score. BMI z-score räknas ut genom att BMI för varje enskilt barn jämförs med normalpopulationens värde för barn av samma ålder och kön.

## Förslag till åtgärder

---

- För att säkerställa att förebyggande åtgärder och behandling bedrivs med personcentrerade metoder och utifrån vetenskaplig grund krävs samverkan mellan olika professioner.
- Om även individer i grupper med hög risk för barnfetma skall kunna dra fördel av breda samhällsbaserade interventioner så bör målgrupperna vara med från början när åtgärderna planeras. Interventionerna bör vara teoribaserade och utvärderas systematiskt.
- Politiker skulle behöva ställa sig följande frågor: Har alla barn tillgång till en hälsosam miljö hemma, i skolan och på lekplatsen? Har problemformuleringsprivilegiet spridits i samhället istället för att ensidigt innehas av dem som har makt att påverka diskriminering av olika slag? Att integrera dessa aspekter på alla samhällliga nivåer är grundläggande förutsättningar för att kunna förebygga barnfetma.
- Vi vet minst om vad som främjar hälsa eller leder till ohälsa just i de grupper som kan behöva mer stöd. Orsakerna till att bortfallet i olika undersökningar brukar vara större i grupperna med sämst hälsa bör undersökas vidare så att framtida studier kan utformas med metoder som gör att fler känner sig motiverade att delta.



## Levnadsvanor – resultat från en europeisk studie



*Gabriele Eiben*

### Levnadsvanor och fetma

---

Eftersom det tar många generationer för genetiken i hela befolkningar att förändras så måste det vara förändringar i miljön som är de främsta orsakerna till fetmaepidemin. Detta stämmer också med det faktum att miljön under de senaste decennierna på de flesta håll i världen har förändrats avsevärt och att nästan alla dessa förändringar främjar utvecklingen av övervikt och fetma [38]. Stillasittande aktiviteter som datoranvändning, TV- och videotittande samt bilåkande ökar samtidigt som den fysiska aktiviteten avtar. Det finns god tillgång till energitäta livsmedel. Viss snabbmat samt hel- och halvfabrikat som används i allt större omfattning är exempel på sådana livsmedel [39]. Även andra faktorer, som förändrade sömn- och stressmönster, bidrar till utvecklingen [40].

#### **Åtgärder kring kost och fysisk aktivitet behövs**

Under det senaste decenniet har det blivit tydligt dels att skillnader i kostvanor är en viktig orsak bakom ojämlikheten i hälsan i Europa och dels att en ohälsosam kost är en viktig bidragande orsak till den totala sjukdomsburden. Enligt en kostnadsberäkning som Folkhälsoinstitutet och Statens Livsmedelsverk har gjort så uppgår kostnaden för övervikt och fetma i Sverige till över 16 miljarder kronor [41]. WHO har publicerat en rad dokument för att understryka betydelsen av att vidta åtgärder för att minska risken för livsstilsrelaterade sjukdomar (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health, 2008-2013, Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases). Även den Europeiska kommissionen ger starkt stöd till de olika länderna att aktivt motverka fetma och andra livsstilsrelaterade sjukdomar genom att man 2005 lanserade den europeiska plattformen för kost, fysisk aktivitet och hälsa (EU platform for action on diet, physical activity and health).

## IDEFICS-studien ger underlag för åtgärder

---

IDEFICS-studien (Identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants) startades i syfte att skapa ett vetenskapligt baserat underlag för olika sådana åtgärder. Studien finansieras av EU:s sjätte ramprogram. Den omfattar studiecenter i åtta länder (Belgien, Cypern, Estland, Tyskland, Ungern, Italien, Spanien och Sverige (Göteborg) [42]. Vid studiens början, 2007/2008, inkluderades över 16 000 barn i åldrarna två till nio år [43]. En mängd intressanta forskningsresultat som presenteras nedan har därefter publicerats, med början år 2009.

### **Inledande studier visar på kunniga föräldrar**

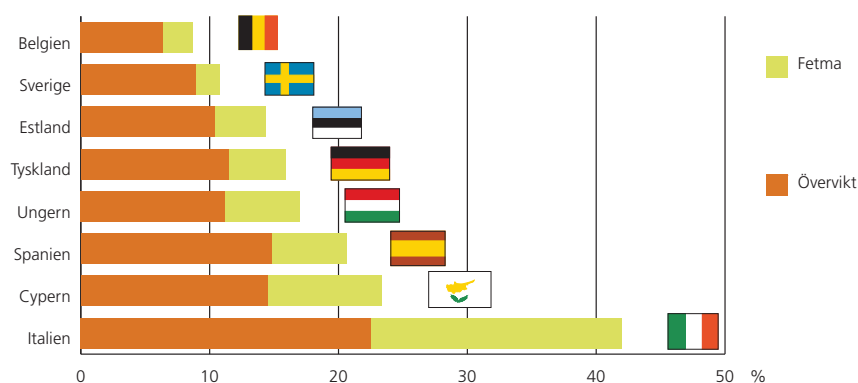
Studien inleddes med att alla deltagande centra genomförde intervjuer i fokusgrupper och med enskilda individer i respektive kommun. Syftet med intervjuerna var att inhämta information kring kunskaper, värderingar och attityder kring kost, fysisk aktivitet och stress, dels från befolkningen och dels från yrkesverksamma inom kommunerna. På detta sätt kunde man utveckla interventioner i linje med EU:s politik, men med lokal anpassning och med hänsyn till varje lands socioekonomiska och kulturella sammanhang. Drygt 100 intervjuer genomfördes med föräldrar, barn, lärare och företrädare för kommunerna. Resultaten tydde på att många föräldrar är väl informerade om vad barn behöver för att må bra, men har svårt att beskriva sin egen roll i främjandet av vanor som leder till god hälsa på sikt. Å ena sidan talade föräldrarna om regler som hade med hälsan att göra, å den andra framgick det att kommunikationen mellan föräldrar och barn var ganska begränsad och att regler ofta inte följdes upp. Resultaten pekar på orsaker till varför barn kan ha svårt att följa regler som har med hälsorelaterade vanor att göra [44].

### **Föräldrar ser flera hinder för hälsosam kost**

Föräldrarna nämnde olika slags hinder för att erbjuda barnen en hälsosam kost. Personliga skäl, som tidsbrist, ekonomiska begränsningar och smak spelade in, liksom sociala skäl, som påverkan från familj och vänner. Föräldrarna angav också orsaker som hade med omgivningen att göra, som riklig tillgång på ohälsosamma produkter, höga priser på hälsosamma livsmedel och att tillgången på en del kunde variera med säsong [45].

### Föräldrar anser miljön viktig för rörelse

När det gäller vilka hinder som föräldrarna upplevde för fysisk aktivitet så låg tyngdpunkten på miljön (till exempel säsongsvariationer, dyr utrustning, barnens säkerhet samt TV:ns och dataspelens starka attraktionskraft) och institutionella (till exempel skolrasternas längd). Men de nämnde också att de själva hade för lite tid och för låg motivation. Både barn och föräldrar nämnde betydelsen av att barnen fick göra det som de tyckte om. För att öka den fysiska aktiviteten hos små barn ansåg föräldrarna att man bör skapa en social och fysisk miljö som uppmuntrar dem till att röra på sig [46].



**Figur 6.** Förekomst av övervikt och fetma i den första undersökningen 2007/08 bland barn i åldern två till nio år vid center i åtta europeiska länder.

### Den svenska gruppen hade lägst förekomst av fetma

Från september 2007 till juni 2008 undersöktes cirka 16 000 europeiska barn i åldrarna två till nio år. De följdes sedan upp under 2009/2010. De första resultaten visade stora skillnader i förekomsten av övervikt och fetma i de åtta deltagande ländernas undersökningscentra (figur 6). Centren i Belgien och Sverige hade den lägsta förekomsten med 8,7 respektive 10,8 procent. Estland, Spanien, Tyskland och Ungern hade en förekomst mellan 14 och 20 procent medan Cypern hade 23,4 procent. Det italienska centrat, som ligger i närheten av Neapel i södra Italien, skilde sig från resten med en förekomst på över 40 procent varav cirka hälften av barnen hade fetma [47].

## Matvanor

---

Med tanke på den stora variationen i förekomst av övervikt och fetma antar man ofta att även konsumtionen av livsmedel varierar, framförallt de som allmänt antas främja eller skydda mot fetma. Dessvärre kunde vi inte se några sådana trender. Hos IDEFICS-barnen, alltså i alla centra tillsammans, kunde vi se att det genomsnittliga intaget av grönsaker och frukter var mellan två och tre gånger per dag. Fem frukter eller grönsaker om dagen är en rekommendation som finns i många länder, men mycket få barn nådde upp till fem gånger per dag. Lägst andel barn som nådde rekommendationerna var de belgiska barnen (två procent) och högst andel fanns bland svenska barn med 14 procent. Intaget av söta drycker i Tyskland var fyra gånger så stort som i Sverige där intaget var knappt en gång per dag i genomsnitt. Barnen i centren i Ungern, Estland och Cypern åt hamburgare fyra till fem gånger i veckan. I jämförelse med detta framstod de svenska barnens hamburgerintag, ungefär en gång varannan vecka, som ganska blygsamt. Också pizzakonsumtionen bland de svenska barnen var låg jämfört med till exempel de italienska barnen, vilket kanske inte är helt oväntat. Enligt föräldrarnas rapporter så var drygt hälften av allt bröd som de svenska barnen åt fullkornsbröd. Även här låg de svenska barnen bättre till än sina jämnåriga i de andra länderna. Det fanns flera typer av livsmedel som skolbarn åt oftare än barn i förskoleåldern, som hamburgare och pizza, stekt mat, sött pålägg och söta drycker. Däremot åt skolbarn grönsaker och frukt mer sällan än de yngre barnen. Andra skillnader som återkom i alla centra var att flickor åt grönsaker oftare än pojkar, men mer sällan hamburgare och pizza, stekt mat och söta drycker. Det är intressant att vi kan se skillnader mellan könen redan så här tidigt i livet, hos barn mellan två och nio års ålder [48].

### **Medelhavsmaten – bra för att förebygga övervikt och fetma?**

Den kosthållning som kallas medelhavsmat har visat sig vara effektiv för att förebygga flera olika sjukdomar. Den är rik på frukt och grönsaker, fisk, oliv- och rapsolja, nötter, fullkornsprodukter och innehåller lite mindre av rött kött och mejeriprodukter. Inom IDEFICS-studien har vi studerat i vilken utsträckning de europeiska barnen äter en medelhavsliknande kost och om det skulle kunna minska förekomsten av övervikt och fetma. Med hjälp av en poängskala bedömdes om barnens kost liknar medelhavsmaten. Ett högt intag av grönsaker, frukt och nötter, spannmål, fisk eller lågt intag av antingen kött eller

mejeriprodukter gav höga poäng. Oväntade resultat visade att de svenska barnen hade de högsta poängen medan de cypriotiska de lägsta. Man kunde också se att barnen med höga poäng i mindre utsträckning var överviktiga och hade mindre andel kroppsfett. Efter två års uppföljning kunde man också se att barnen som hade de högsta poängen inte hade ökat sitt BMI och midjemått lika mycket som de andra. Ett sätt att förebygga övervikt kan alltså vara att främja matvanor som liknar medelhavsmaten [49].

### **Förkärlek för fett och sött**

De flesta människor älskar sötsaker och särskilt barn tycker om att äta dem. Salta snacks som innehåller mycket fett är också populära bland många barn. Vi testade smakpreferenser på över 1 600 barn mellan sex och nio år. Det visade sig att förkärleken för socker och fett inte var lika utbredd överallt. Exempelvis tyckte de flesta barn i Ungern och Sverige (60 procent) mer om sött äppeldryck än osötad juice medan barnen vid centra i Belgien och Tyskland föredrog naturlig, osötad juice. De tyska barnen var däremot ledande bland alla undersökta barn i Europa när det gällde förkärlek för fett. Vid ett annat försök, där man jämförde huruvida barnen föredrog kex med hög eller låg fetthalt, valde drygt två tredjedelar av barnen vid det tyska centrat de fetare kexen medan de svenska barnen föredrog kex med låg fetthalt. Ålder visade sig också spela en viktig roll för vad man tyckte om. Med stigande ålder föredrog allt fler barn söta drycker. I samtliga åtta länder hade i synnerhet flickor som gillar söt eller fet mat en ökad risk för att utveckla övervikt. Risken för att utveckla övervikt var i genomsnitt fyra gånger högre hos flickor som föredrog både fet och söt mat jämfört med flickor som inte har en sådan preferens. Hos pojkar var detta samband inte lika utpräglat [50].

### **Mest sött på helgerna**

För att kunna stödja barn till bättre matvanor behöver man också veta om de äter annorlunda på vardagar jämfört med under helger. I IDEFICS-studien jämfördes bland annat om barnen åt olika mycket kalorier, socker och sockerrika livsmedel på vardagar jämfört med helger. Fredagar analyserades separat eftersom det är tveksamt om de tillhör vardagar eller helger. Resultaten visade att intaget av socker och sockerrika livsmedel var högre på helger än vardagar. Konsumtionen på fredagarna låg någonstans mitt emellan den på helgerna och vardagarna. Däremot åt barnen i genomsnitt lika mycket kalorier på vardagar



och fredagar som på helgerna. Det verkar alltså som om de kompenserade för det högre sockerintaget på helgerna genom att äta mindre av annat. I genomsnitt åt barnen ganska mycket socker, ungefär 97 gram per dag, vilket motsvarar cirka 30 sockerbitar. Sockerintaget varierade från 77 gram i genomsnitt hos de estniska till 114 gram hos de tyska barnen, de svenska åt 85 gram per dag [51].

### **Ännu ett skäl att främja amning**

Den grundläggande förklaringen till övervikt och fetma ligger i energibalansen, det vill säga hur mycket vi äter och rör på oss. Det finns många kostfaktorer som indirekt påverkar denna balans; en av dessa faktorer förefaller vara hur länge man har blivit ammad. I vår studie har vi sett att barn som ammas helt under de första fyra till sex månaderna löper 25 procents mindre risk att bli överviktiga senare i livet jämfört med barn som under denna period i livet ammas delvis eller inte alls. Här har man tagit hänsyn även till andra faktorer som påverkar risken för övervikt, till exempel födelsevikt, hushållens inkomster, moderns utbildning och föräldrarnas födelseland. En viktig mekanism i sambandet mellan amning och övervikt tycks vara självregleringen. Barn som i spädbarnsåldern lär sig att reglera när de ska äta och hur mycket tycks få en mindre risk för övervikt senare i livet. Den positiva effekten i studien visade sig bara just i amningsintervallet fyra till sex månader. En förklaring på den stora variationen i hur länge barn ammas kan naturligtvis vara möjligheterna till föräldraledighet i olika länder. I Sverige – som tillsammans med Estland, Ungern och Tyskland ligger i topp när det gäller den statligt subventionerade föräldraledighetens längd (13-24 månader) – ammade 65 procent av spädbarnen helt i fyra till sex månader, vilket var den högsta amningsfrekvensen i den här studien. I Belgien, där man erbjuder föräldraledighet i max fyra månader, fann vi att 46 procent av spädbarnen inte blev ammade överhuvudtaget och endast 20 procent ammade helt i fyra till sex månader. Det är sannolikt att en mer generös föräldraledighet avspeglas i mödrarnas amning [52].

### **Fysisk aktivitet**

---

För de flesta barn handlar fysisk aktivitet inte i första hand om organiserad träning utan mer om lek och annan spontan aktivitet. Mycket av leken sker utomhus. Tidigare studier i bland annat USA har visat att karaktären i utomhusmiljön spelar stor roll för sannolikheten att en person skall vara fysiskt

aktiv [53]. För barn är det viktigt att utomhusmiljön är varierad och inspirerande och att det finns möjlighet att själv påverka miljön, till exempel genom att det finns lösa grenar och annat material att leka med. Det är också viktigt att det är lätt att nå sådana platser till fots samt att miljön upplevs som säker, inte minst för att föräldrar skall våga låta sina barn leka mera fritt.

### **Bra utomhusmiljö för svenska barn**

Vi har undersökt några faktorer i den omgivande miljön som kan hänga samman med mängden fysisk aktivitet på fritiden hos svenska barn [54]. Fysisk aktivitet hos barn i åldrarna fyra till elva år mättes med accelerometrar, som är avancerade stegmätare. Ett geografiskt informationssystem (GIS) användes för att mäta variabler i den omgivande miljön, som hur många meter av gång- och cykelvägar, antal lekplatser, bollplaner och skolgårdar samt procentuell andel av skog och öppen mark som ängar och gräsmattor, som fanns inom en radie av 300 meter från bostaden. Överlag kunde man se att pojkar generellt sett var mer aktiva än flickor och att barnens stillasittande tid tyvärr ökade med stigande ålder. När man jämförde barnens tillgång till gång- och cykelvägar, lekplatser, bollplaner och skolgårdar samt skog och öppen mark så fann man att alla hade ganska så god tillgång oavsett var i studieområdet de bodde och oavsett om de bodde i eget hus eller i lägenhet. Analyserna av alla insamlade data visade att inte heller mängden fysisk aktivitet skiljde sig åt mellan barn som bodde i eget hus respektive i lägenhet. Studier pågår för att ta reda på om det finns något samband mellan varje barns tillgång till gång- och cykelvägar, lekplatser, bollplaner och skolgårdar samt skog och öppen mark nära bostaden och hur fysiskt aktiva de är.

### **Aktiv skolväg bra för hälsan**

Bil är det vanligaste färdssättet till förskola/skola i Sverige i alla åldrar. Femtiovå procent av alla barn i studien blev skjutsade, medan 36 procent promenaderade och sex procent cyklade. Resten åkte buss eller på annat sätt (till exempel satt bak på en förälders cykel) till skolan. Val av färdssätt är beroende av avstånd mellan boendet och förskola/skola och påverkas således av samhällets närmiljö och infrastruktur. Ett avstånd på mindre än två kilometer ökar andelen aktiv transportsätt markant, framförallt promenad. De barn som gick eller cyklade till skolan hade högre halter av blodfettet HDL, vilket är en positiv markör för hälsan [55].

## Sömn

---

### **Samband mellan sömnvanor och övervikt**

Föräldrar tillfrågades också om barnens sovvanor. Det verkar som om barn i de sydeuropeiska länderna sover betydligt mindre än i de nordeuropeiska länderna. I Italien till exempel kan barn i förskoleåldern sova i cirka nio och en halv timme, medan svenska barn sover ytterligare en timme längre. Förskolebarn i Partille, Mölndal och Alingsås, som lämnade uppgifter till det svenska centrat, sover i genomsnitt tio och en halv timme varje natt. Flickor och pojkar sover lika länge. Tiden framför TV eller dator tycks påverka sömnen negativt. Man såg också att sömn och övervikt har ett samband. För barn som sover mindre än nio timmar är risken mer än dubbelt så stor att utveckla övervikt jämfört med barn som får mer sömn. Denna koppling är särskilt stark bland barn på lågstadiet [40, 56].

## Förslag till åtgärder

---

Utvecklingen av övervikt och fetma är multifaktoriell. Det krävs att många aktörer i samhället tar sitt ansvar och arbetar tillsammans för en förändring till en miljö som främjar hälsosamma levnadsvanor. Med ovan beskrivna och kommande resultat från IDEFICS-studien bidrar vi till förståelsen om vilka faktorer som påverkar utvecklingen av övervikt och fetma bland barn i Europa. Därmed ger vi vetenskapligt grundade underlag för hälsofrämjande insatser som kan vara till nytta för aktörer inom hälso- och sjukvård, barnomsorg, forskning, politik och försäkringsföretag samt andra intressenter. Utifrån våra resultat är det bland annat viktigt att fokusera på:

- ökad tillgång till frukt och grönsaker så det är lätt för barn att göra hälsosamma val och därmed minska intaget av söta livsmedel
- att uppmuntra till att spädbarn ammas helt i sex månader
- att göra en översyn av barnens tillgång till gång- och cykelvägar, lekplatser, bollplaner och skolgårdar samt skog och öppen mark nära bostaden
- att främja goda sömnvanor



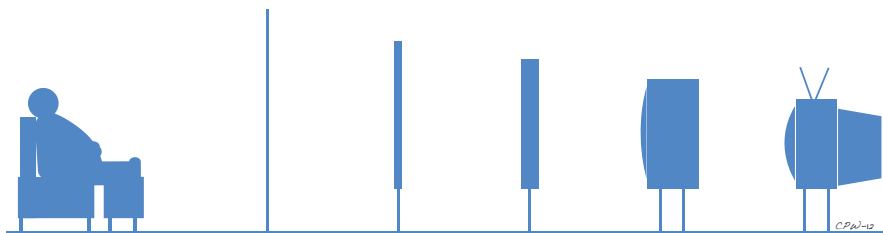
## TV:n har i alla fall blivit tunnare



*Christina Berg, Steingerdur Olafsdottir och Hillevi Prell*

### TV-vanor, kroppsideal och kroppsvikt

Utvecklingen har gått från tjock-TV till plattskärmar. Svenskarna däremot, har ökat i omfång. Genom att inverka på våra vanor har TV-tittande betydelse för övervikt och fetma. TV bidrar till normer och uppfattningar och har därför även en roll i såväl stigmatisering av personer med fetma som utvecklingen av ett överdrivet fokus på mat, träning, vikt och utseende.



**Figur 7.** TV:n har blivit tunnare men det gäller inte genomsnittssvensken. Att vi spenderar mer tid framför bildskärm är en trolig bidragande orsak till att vikten ökar.

### Förenat med högre vikt

TV-tittande är kopplat till ökad kroppsvikt, fetma och fetmarelaterade sjukdomar [57]. Vi kan inte med säkerhet säga att TV är orsaken men antalet timmar som man tittar på TV visar ett tydligt samband med att senare insjukna i diabetes och hjärtsjukdom och dödligheten är högre hos dem som tittar mycket [58]. TV-tittande kan påverka vikten på flera sätt. Dels kan det som visas inverka på attityder, kunskaper och vanor och dels kan tiden framför TV:n påverka vad man gör för stunden. Högre vikt kan vara en följd av att man äter

och dricker vissa livsmedel medan man tittar [59] och det finns relativt många forskningsstudier som visar att exponering för TV-reklam leder till ändrade matvanor [60]. Eftersom man inte kan röra sig så mycket när man tittar på TV så är det även förenat med en mindre aktiv livsstil som i sin tur kan leda till ökad vikt [57]. En återkommande undersökning om skolbarns hälsovanor visar att omfattningen av 11-15-åringars TV-tittande och träning inte förändrats avsevärt under 2000-talet medan dataspel och annan datoranvändning ökat markant [61]. Även om olika bildskärmsaktiviteter kan ske samtidigt så lär alltså den totala tiden för dessa stillasittande aktiviteter ha ökat.

### **Påverkar kroppsuppfattning och kroppsideal**

Massmedia spelar även en mycket stor roll för det rådande slanka, vältrimmade kroppsidealet. För barn verkar TV ha störst inflytande och för tonårsflickor inverkar tidningar mest. Såväl undersökningar i vanliga livet som experiment, utförda inom en rad forskningsfält, visar att denna mediepåverkan utgör en riskfaktor för förvrängd kroppsuppfattning, viktfixering och stort ätbeteende hos unga flickor och kvinnor. Inflytandet sker direkt och även indirekt via förändrade sociala normer till följd av massmedias effekter på kompisar, föräldrar och andra i omgivningen [62].

Ett illustrativt exempel är en kartläggning av förhållningssätt till ätande och vikt bland flickor på Fiji-öarna då TV började sändas i mitten av 90-talet. Uppfattningar och vanor som indikerar ätstörningar mättes vid TV:ns intåg och följdes upp efter en treårsperiod. Andelen ungdomar med tecken på ätstörningar ökade från 13 till 29 procent. De tjejer som hade TV-apparat hemma löpte mer än tre gånger så stor risk för detta jämfört med dem som inte hade TV [62].

### **TV en stor del av barns fritid**

I Sverige har TV-tittandet minskat under de senaste åren men upptar fortfarande en stor del av barns och ungdomars fritid [63, 64]. Enligt Medierådet [63, 65] ingår TV-tittande bland de fem vanligaste fritidssysselsättningarna för barn och ungdomar. Vid mätningen 2010 så var det fler av de yngre barnen som tittade på TV varje dag än som använde internet dagligen och i gruppen tolv till 16 år var daglig användning lika vanlig för båda dessa mediekällor. Knappt 70 procent av barnen i åldern två till fem år och drygt 80 procent av ungdomarna i åldern tolv till 16 såg på TV mer än en timme per dag.

Med hänvisning till övervikt och andra hälsokonsekvenser rekommenderar amerikanska barnläkare att total TV-tid begränsas till en till två timmar per dag [66]. I Sverige är det en tredjedel av barnen i 13-15-årsåldern som uppger att de tittar mer än så, det vill säga minst tre timmar per dag [67].

## Betydelsen av TV-tittande för matvanor

---

En stor genomgång av forskningen på området visar att TV-tittande och TV-reklam påverkar barns attityder och vanor beträffande mat [60]. Generellt är det kopplat till ohälsosammare vanor, exempelvis minskat intag av frukt och grönsaker och ökat intag av godis och läsk [60, 68]. Inom CLOE-projektet har vi frågat oss om detta även gäller i Sverige då de flesta studier är utförda i USA. Vi har också undrat om de samband man ser är en direkt påverkan på matvanorna via TV eller om det istället beror på att vissa föräldrar är mer tillåtande när det gäller såväl TV- som matvanor. Vidare har vi intresserat oss för vilka matbudskap TV förmedlar till barn i Sverige.

### **Mer sötsaker och läsk hos barn med mer TV-tid**

Då de åtta europeiska länderna i IDEFICS (se kapitel 4) jämfördes låg Sverige som genomsnittet när det gällde tid framför TV:n men det var inte så vanligt att äta och dricka framför TV:n i Sverige som i de andra länderna. Sverige hade även i jämförelse en låg andel överviktiga barn och deltagarna i de andra länderna var mer benägna att äta sötsaker. Analyser på individnivå visar att barnen som åt framför TV:n i högre grad var överviktiga och mer benägna att äta livsmedel med socker och fett i [69].

Eftersom läskdrickandet ökat mycket och har betydelse för vikten tittade vi extra på sambandet mellan TV-tittande och läskkonsumtion. Vi fann ett mycket tydligt samband som inte kunde förklaras av att barn som tittar mer på TV kanske också har föräldrar som är mer tillåtande när det gäller barnens läsk- och saftkonsumtion. De barn som tittade mer på TV var mer benägna att dricka söta drycker än de som tittade lite. För varje ökad timme framför TV-apparaten om dagen så ökade sannolikheten att dricka läsk och saft regelbundet med 50 procent. Ett liknande samband sågs för total tid framför bildskärm.



*TV:n har i alla fall blivit tunnare*

### **Reklam-TV förklarar en stor del**

Vi ville även undersöka om detta samband berodde på att man blev mer exponerad för reklam. Det visade sig att de barn som brukade se på kanaler som visar livsmedelsreklam vid en uppföljning två år senare i större utsträckning konsumerade läsk och saft regelbundet jämfört med dem som vid studiens start inte brukade se reklam-TV. Det verkar som om föräldrarna har möjlighet att påverka. Ungefär en sjundedel av föräldrarna angav att de försökte undanhålla sina barn TV-reklam och deras barn var inte lika benägna att dricka saft och läsk. Barnen vars föräldrar var mer tillåtande gällande TV-reklam löpte till och med dubbelt så stor risk att konsumera söta drycker varje vecka.

Exponering för reklam stod emellertid inte för hela förklaringen av sambandet mellan TV-tittande och dryckesvanor, så det är troligt att även TV-programmen spelar roll eller att det helt enkelt är lockande att dricka söta drycker när man sitter framför TV:n.

### **Hur mat framställs i TV**

---

Vi har även tillsammans med forskare i andra länder undersökt hur omfattande livsmedelsreklamen på TV är och vad den innehåller [70]. I elva<sup>1</sup> länder världen över spelades allt in som sändes mellan klockan sex och 22 under två vardagar och två helgdagar i de tre reklamkanaler<sup>2</sup> som var populärast bland barn under 13 år. För varje land analyserades den tid av dygnet med flest tittande barn i åldern tre till tolv år<sup>3</sup> separat för att särskilt fokusera på reklam riktad till barn.

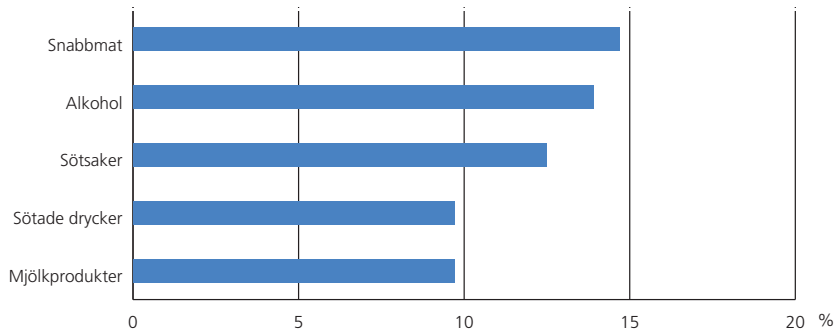
### **Reklam för alkohol, sötsaker och läsk när barn tittar**

I genomsnitt sände de mest sedda TV-kanalerna 34 reklamavsnitt per timme och den vanligaste produktkategorin i reklamen var mat och dryck. I Sverige stod livsmedelsreklam för 18 procent av all reklam. De livsmedelsgrupper som var mest frekventa i den svenska TV-reklamen under tiderna i veckan då barn tittade mest på TV var snabbmat, alkoholhaltiga drycker, läsk och andra sötade drycker samt sötsaker som godis, choklad och glass. Anmärkningsvärt är att hälften av alla reklamavsnitt marknadsförde någon av dessa slag av livsmedel, se figur 8.

<sup>1</sup> *Australien, Brasilien, Storbritannien, Grekland, Italien, Kanada, Kina, Tyskland, Spanien, Sverige och USA*

<sup>2</sup> *I Sverige var det TV3, TV4 och Kanal 5 som undersöktes*

<sup>3</sup> *Vardagar klockan 19-22 och på helger klockan 7-10 och 17-22*

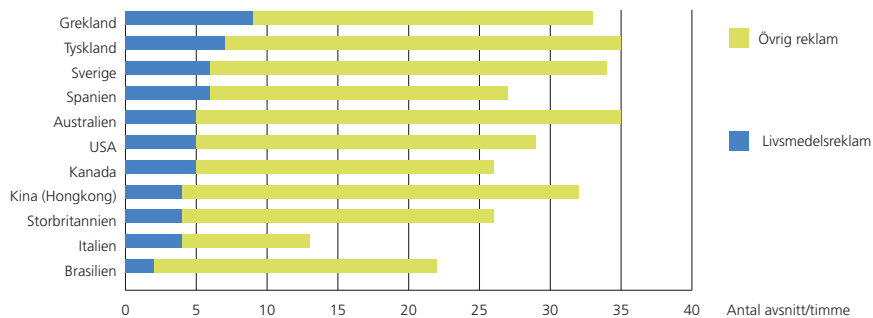


**Figur 8.** De fem vanligaste livsmedelskategorierna i reklam då många barn tittar på TV. Procentuell andel reklamavsnitt av livsmedelsreklam.

### Svenska barn inte skyddade mot TV-reklam

För alla länder tillsammans, sändes i medeltal livsmedelsreklam fem gånger per timme med en spridning från två till nio gånger per timme [30]. Sverige, som låg över genomsnittet, kom på tredje plats med sex reklaminslag per timme som handlade om livsmedel, se figur 9.

Trots att Sverige ses som ett föregångsland genom att i lag begränsa TV-reklam för barn så utsätts barn alltså för livsmedelsreklam i stor utsträckning. Även om Sveriges television står för en betydande del av den totala tittartiden<sup>4</sup>, så ser barn största delen av tiden på reklamfinansierade kanaler. Med tanke på att en stor del av reklamen är för sådant som är kaloririkt men näringsfattigt så bör marknadsföring av livsmedel till barn få samma uppmärksamhet i Sverige som i andra länder.



**Figur 9.** Totalt antal reklamavsnitt per timme i genomsnitt, i de populäraste reklamkanalerna i varje undersökt land, samt andelen avsnitt som utgörs av livsmedelsreklam [70].

<sup>4</sup> Enligt panelundersökningar av tittartid såg barn i åldern tre till tolv år på TV cirka 100 minuter per dag varav 66 minuter på reklamfinansierade TV-kanaler.

### **Hälsoargument vanligt i reklamen**

Vi har också analyserat de hälsobudskap som framförs i de svenska reklamavsnitten under den tid som barn tittar mest [71]. Trots att näringsfattiga livsmedel dominerade så var det vanligt att hälsoargument användes i marknadsföringen. Vissa livsmedel, exempelvis mejeriprodukter, frukostflingor och djupfrysta färdigrätter, marknadsfördes med medicinska argument och angavs ha förebyggande eller behandlande effekter. Choklad framställdes som ett medel för att må bra och flera livsmedel förknippades med att visa omsorg. Hänvisningar till expertisen och till att naturen är vis var också vanligt.

För livsmedel som vanligtvis inte anses tillhöra de hälsosamma, som till exempel chips, användes en offensiv hälsoretorik där de ohälsosamma kopplingarna parerades på olika sätt. Ett grepp var att kontrastera sig mot ännu sämre val ur hälsosynpunkt. Ett annat sätt var att peka ut innehållet eller frånvaron av en viss enstaka ingrediens eller näringsämne.

### **Godis även i Bolibompa**

Vi har fortsatt med att även undersöka hur mat framställs i Sveriges televisions barnprogram. I en pilotstudie [72] där elva timmar av Bolibompa analyserades gjordes 34 visuella eller verbala kopplingar till mat och dryck per timme. En fjärdedel av livsmedlen som fanns med var energirika livsmedel med lågt näringsinnehåll som kakor, godis, läsk, glass och chips. Denna typ av livsmedel visades eller pratades om i större utsträckning i sammanhang där barn var med medan vuxna kopplades till övrig mat och dryck. Det kan tolkas som att onyttigheter passar bättre för barn än vuxna. Detta följer vi nu upp med mer omfattande undersökningar av innehållet i Bolibompa.

## Förslag till åtgärder

---

TV-tittande kan vara ett sätt att koppla av och ger unika möjligheter att förmedla kunskaper samt ge bilder av andra människors erfarenheter och förhållanden. Dessa möjligheter utgör samtidigt risker. Det är viktigt med en medvetenhet om TV:s negativa effekter i form av skapandet av uppfattningar och vanor som kan medverka till ett samhälle präglad av övervikt och ett osunt förhållande till mat och kropp.

### **Kunskaper saknas om åtgärders effekt**

De interventioner som har genomförts för att minska tiden framför dator och TV hos barn har inte haft så stor effekt på skärmtid och fetma som man kan önska [73, 74]. Troligen behövs det en allmän debatt och åtgärder på många nivåer och arenor i samhället om man vill få till stånd en förändring. Vi behöver också mer kunskap om effekten av olika typer av policies som syftar till hälsosamma kostvanor eftersom systematiska uppföljningar saknas [75]. När det gäller regleringen av TV-reklam för barn finns det ganska bra underlag för att hävda att det har betydelse för medvetenhet och attityder medan effekten på matvanor är dåligt undersökt, särskilt på lång sikt [75].

WHO har deklarerat att det behövs åtgärder såväl lokalt som globalt för att minska effekterna av marknadsföring av livsmedel med hög andel onyttigt fett, salt och tillsatt socker. Enligt WHO:s rekommendationer bör myndigheter inta en nyckelroll för att tillsammans med många aktörer på flera nivåer ta fram, implementera, följa upp och utvärdera strategier och policies för att hindra negativa hälsoeffekter av livsmedelsreklam till barn [76].

### **Med ledning av vad forskningen visar ser vi följande samhällsbehov**

- debatt och reflektion kring effekter på barns matvanor, fysiska aktivitet och hälsa av såväl TV-tittandet i sig som TV-reklam och program
- utveckling av hälsofrämjande åtgärder och uppföljningsmetoder som är effektiva
- att följa WHO:s rekommendationer (se lästips på sidan 67) kring marknadsföring av mat och dryck till barn [76]



## Hälsopusslet – en utmaning för barnfamiljen



Barbro Johansson och Eva Ossiansson

### Kvalitativ studie i familjer

---

Klockan är fem och familjen är samlad till middag. På det vackert dukade bordet står rykande karotter med goda, näringsrika rätter, lagade med omsorg och kärlek från fräscha, närproducerade råvaror. Alla familjemedlemmar äter med god aptit, alltmedan de småpratar om dagens händelser.

Ungefär så ser bilden av den goda familjemåltiden ut, en bild som har en stark ställning bland svenska barnfamiljer. Men den utgör också ett ideal, som det kan vara svårt att leva upp till på grund av vardagens alla omständigheter [77] [78, 79] [80]. Det här kapitlet bygger på en kvalitativ studie om barns och föräldrars attityder om mat och hälsa. Kvalitativa metoder syftar till att nå en kontextuell, fördjupad förståelse och används när man vill förstå komplicerade och motsägelsefulla fenomen som attityder, meningsskapande och värderingar [81, 82]. Studien gav oss en inblick i många av de överväganden som ligger till grund för hur måltider och matval ser ut i olika familjer. Vi har formulerat detta som att familjerna är engagerade i att få ihop sina *hälsopussel*, för att utifrån sina skilda livssituationer kunna skapa goda förutsättningar för ett hälsosamt liv [83].

Vår studie gjordes med tolv familjer i Göteborgsområdet. I studien deltog 21 föräldrar (tolv mammor och nio pappor) och 15 barn i åldrarna fem till nio år (nio flickor och sex pojkar), varav tre syskonpar. Vi träffade varje familj i deras hem vid tre tillfällen under en period av cirka ett och ett halvt år och använde ett flertal metoder i syfte att kartlägga och reflektera över barnfamiljers vanor och attityder gällande mat och hälsa. Vi gjorde intervjuer med föräldrar och barn var för sig, barnen fick göra collage och måla bilder, föräldrarna fick samla kvitton från sina matinköp och familjerna fick fotografera måltider, matlagning, inköp och förvaring av livsmedel.

## Nyttigt och onyttigt

Vår studie visar att både vuxna och barn i allmänhet är väl införstådda med de rekommendationer som förmedlas av bland annat Livsmedelsverket. Föräldrar använde begrepp som ”riktig mat”, ”husmanskost” och ”mat lagad från grunden” för den mat som de betraktade som hälsosam, och kontrasterade det med ”snabbmat”, ”färdigmat” och ”skräpmat”. Barnen beskrev också varför vissa matvaror är nyttiga. En nioårig pojke sa till exempel att frukt och grönsaker är nyttiga för att de innehåller vitaminer och mineraler, och en sjuårig flicka sa att mjölk gör så att musklerna blir större. Det samhälleliga hälsoproblemet är inte enbart ett informationsproblem. Däremot är det ett dilemma att smaken inte alltid sammanfaller med vad som anses nyttigt. Ett collage från en annan nioårig pojke kan illustrera problemet:



**Figur 10.** En nioårig pojke har gjort ett collage över mat han tycker om och mat han inte tycker om.

På vänster sida har pojken klistrat in det han tycker om, vilket även uttrycks med det pilförsedda hjärtat och de engelska uttrycken ”Yeah” (Je) och ”Come on baby” (Kaman bejbi). På högersidan finns mat som han inte tycker om, betecknade med ”Bu”. Som synes flankeras brödet, räkosten och tacosen på den vänstra sidan av läsk, godis, kex och annat som tillhör den ohälsosamma kategorin, medan nyttigheter som lax, bönor och grönsaksgröta återfinns på den högra sidan.

## Mjuka strategier

---

*Jag mår bra när jag är glad.* (Flicka, sju år)

Vår studie gav oss anledning att anta ett brett hälsobegrepp som innefattar kroppsliga, emotionella och sociala aspekter. Men när ideal ställs mot praktik och olika värden ställs mot varandra uppstår konflikter. Det är viktigt att äta en näringsmässigt balanserad kost, men också att tycka om maten, att ha en trivsamt samvaro vid matbordet och att alla känner att de har inflytande över vad som serveras. Så var inte alltid fallet. ”Det är vid matbordet som konflikterna kommer upp”, som en mamma sa, och konflikterna handlade ofta om att barnen var ”kräsna” och inte ville äta upp sin mat.

Några föräldrar medgav att de mer eller mindre tvingade barnen att äta det som serverades men föräldrarna gav också en rad exempel på strategier för att på olika sätt underlätta hälsosamt ätande (jämför med [84]). Att laga fiskbullarna själv, att servera salladsingredienser var för sig så att barnen fick välja det de tyckte om, eller tvärtom blanda allt och hoppas att även det mindre attraktiva slank ner, var strategier som nämndes. En mamma, vars son tyckte om pannkakor, gjorde dem hälsosammare genom att blanda i fiberhavre, korn, morötter eller spenat. En annan mamma sa:

*Om flickorna inte har ätit så mycket grönsaker till middag kan jag sticka en frukt i handen på dem när de sitter framför Bolibompa, så äter de den utan att de tänker på det.*

Andra strategier som föräldrarna hade var att lirka eller rentav lura barnen. Många uppmanade barnen att åtminstone ta några skedar av mat som de var skeptiska till. En mamma berättade att hennes son tyckte om fruktyoghurt, men att hon tyckte den var för söt. Hon blandade den därför i smyg med vaniljfil, så han trodde att det bara var fruktyoghurt han åt. Barnen hade också strategier, till exempel att försöka lära sig äta sådant de inte gillade, såsom fisk i skolan [85] eller att göra frukten som togs med till skolan lite roligare genom att variera sig med till exempel vindruvor eller något mer exotiskt.

### **Fruktskål och veckomatsedel**

I många hem såg vi en fruktskål framme i vardagsrummet eller på köksbänken, där den som ville kunde förse sig med äpplen, bananer, apelsiner eller druvor, och vi uppfattade fruktskålen som en viktig symbol för hälsosamt ätande.



En annan strategi var att skriva en veckomatsedel, som kunde sättas upp på kylskåpet och som gjorde det lättare att planera inköp och servera en allsidig kost. Veckomatsedeln fungerade också pedagogiskt, genom att alla kunde se vilka rätter som fanns på veckans meny. Barnen kommenterade veckomenyn och var samtidigt förberedda och i vissa fall delaktiga till dess uppkomst.

Exemplen kan ses som ”mjuka” strategier som mer har karaktären av rekommendationer och ett lockande till att prova på att äta mer hälsosamt. Grundtesen var att det hälsosamma inte kunde tvingas fram, varför man fick skapa en inramning som stimulerade till att äta och leva mer hälsosamt. Föräldrarna försökte på olika sätt prioritera markörer som skulle kunna kompensera det ”tråkigt hälsosamma” så att måltiden istället skulle bli mysig, lekfull och mer spännande.

## Veckans rytm

---

Ett framträdande tema i barnens och föräldrarnas berättelser var veckans rytm – vardag kontra helg – vilket bekräftas av annan forskning [86-88].

*På veckorna är pappa borta och bor på hotell och sånt. Men när han är hemma på helgerna och sånt så äter vi tillsammans alla. (Pojke, åtta år)*

*Enkel men ändå lagad mat brukar vi ha på vardagar. Sen brukar vi ha lite finare mat på helgerna. /.../ Africana är en utav våra specialiteter. /.../ Och nu har vi börjat med, för två veckor sen: ”Vad vill jag äta och vad vill hon [sambon] äta och vad vill [sonen] äta?” Att man är med och lagar den maten. Då vill han ha Flygande Jakob, så det ska vi göra nu i helgen. (Mamma)*

På vardagarna dominerade synen på måltiden som ett tillfälle att ge kroppen god näring och fostra barnen till goda matvanor, samtidigt som både matlagning och ätande skulle vara effektivt och hinnas med inom en pressad tidsram. Familjerna hade fasta mattider, åt i köket och valde rätter som gick snabbt att laga och som idealt var näringsmässigt välkomponerade, även om de inte alltid lyckades med det.

### Helgens måltider

På helgerna kunde måltiderna se ut på andra sätt. Det var på helgerna som föräldrarna tillagade festligare rätter, som krävde mer tid och pengar eller istället

valde färdigmat och plockmat, som var enkel att äta på andra ställen än i köket och som inte tog tid från den samvaro som också prioriterades på helgerna. Det var till exempel vanligt att äta framför TV:n i anslutning till ett populärt program:

*På fredagar går vi och lägger oss nio för det är Let's dance... och på lördagar är vi uppe till nio för då är det Melodifestivalen. [Vi äter chips] på fredagar eller på lördagar. Men oftast på fredagar. (Flicka, sju år)*

Tacos och chips var vanligt att äta på fredagskvällarna, medan sötsaker hörde lördagen till. Fredagsmys och lördagsgodis är ritualer som tillhandahåller gemenskap i familjen och en känsla av exklusivitet [89]. Fruktskålen stod alltid framme, men godis och snacks var i de flesta familjer bara tillåtet på lördagarna, vilket gjorde det problematiskt att tänka sig att byta ut godis mot frukt eller grönsaker.

Intervjuare: *Men om ni istället skulle göra så att ni inte fick lördagsgodis utan att det skulle vara frukt istället, skulle det gå lika bra?*

Flicka, sju år: *Nja inte så mycket för att vi brukar ha så här... ibland så har vi mys, tittar på Melodifestivalen och äter popcorn eller så.*

Intervjuare: *Mm... man kan inte mysa med frukt på samma sätt då eller?*

Flicka: *Jo, nej men lite på samma sätt. För man kan ta lite clementinklyftor eller så, och hålla lite socker på.*

Intervjuare: *Så om man har socker på, då blir det lite mer mys?*

Flicka: *Ja.*

*Ett tag försökte vi med morötter och dip. Det gick men... och så sen blev det så att jag och min syster ville ha chips och då blev det det istället.*

*(Pojke, åtta år)*

Sammanfattningsvis kan man säga att hälsa definierades utifrån näring och goda vanor såväl som utifrån emotionella och sociala värden, men att de förra dominerade på vardagarna och de senare på helgerna. Den rutinmässiga vardagsmåltiden och den festliga helgmåltiden, fruktskålen, veckomenyn, fredagsmyset och lördagsgodiset utgjorde tillsammans en mångsidig representation av hälsa.

## Möjligheter och hinder

---

Men hälsosamma matval handlar inte bara om fostran och om individers kunskaper och preferenser. Vår studie visar också, i likhet med tidigare forskning, att konkreta förhållanden som gäller tid, plats och strukturella förhållanden som boende och ekonomi är betydelsefulla för hur matvardagen utformas [90-93].

### **Ojämlika förhållanden**

En del föräldrar valde att handla i den butik där de snabbast kunde utföra sina inköp, medan andra valde lågprisbutiken som bäst passade deras kassa. Medan många familjer veckohandlade måste andra handla oftare för att de inte hade någon bil att transportera hem varorna i. Många valde snabblagade rätter till vardagsmiddagen då tiden var kort mellan hemkomst och avfärd till fotbollsträningen eller balettektionen.

I vår undersökning fanns flera ensamma mammor och föräldrar med låga inkomster. Här var det tydligt att ekonomin utgjorde en begränsning för att handla hälsosam mat. Ingen av dessa föräldrar valde de dyrare ekologiska produkterna. En mamma storhandlade i en lågprisaffär, trots att hon tyckte varorna var fräschare i den dyrare butiken. Hållbarheten hos frukt och grönsaker är också en ekonomisk aspekt att räkna med. En pappa påpekade att frukt är något av en lyxvara; den tillhör inte måltiden, är förhållandevis dyr och förfärs om den inte äts upp i tid. Han drog sig för att ”köpa en massa frukter som kostar skjortan och som ingen äter upp”. Att fetma och övervikt liksom hälsoproblem i allmänhet drabbar ojämlikt i samhället togs upp i kapitel 3. Detta var också något som diskuterades i intervjuerna.

För att få en bred bild av föräldrarnas uppfattning av problemet och av möjliga lösningar, bad vi dem om förslag på hur barns hälsa och matvanor kan förbättras från olika aktörers håll. Svaren visar att det handlar om åtgärder på alla nivåer, från nationell samhällsnivå till den enskilda familjen.

### **Samhällsekonomisk nivå**

På den samhällsekonomiska nivån anknöt vissa familjer till den tidspressade situation som många barnfamiljer befinner sig i och föreslog att det skulle vara möjligt för föräldrar att gå ner i arbetstid med bibehållen lön. Andra föreslog att hälsosamma livsmedel skulle vara billigare och att det skulle finnas en extra skatt på till exempel godis och läsk för att styra över konsumtionen åt rätt håll.

På kommunal nivå uppskattade ett flertal föräldrar och barn det faktum att de bodde nära naturen och att det fanns möjlighet för säker lek i bostadsområdena. Flera av dem sa också att det fanns gott om utomhusaktiviteter och idrotter att ägna sig åt i området.

*Han [sonen] går ju i både handboll och fotboll, vi har tennis, vi har friidrott, vi har brottare, brottarklubb, vi har cykelklubb, trail-cykling, vi har Friluftsförbundet... och sen har vi scouterna. Och alla de här aktiviteterna /.../ som du som vanlig Svensson kan bara gå in i. Bara betala en liten summa och så gå med /.../ Så jag känner ju, det finns så mycket här och vi har skogen så nära inpå här. Och vi har slingor och vi har promenadstråk och vi har Vildmarksleden, det liksom, allting ligger så nära.*

En annan mamma som bodde i samma område berättade istället om hur det skett en försämring i utomhusmiljön. En skateboardramp, en lekplats med linbana och ett ställe där barnen kunde umgås med djur, som kaniner och marsvin, var numera borta och hade ersatts av en parkeringsplats.

### **Skola, föreningsliv, handel**

När det gällde skolan hade både föräldrar och barn förslag på vad som kunde förbättras. Förslag som kom upp var att engagera eleverna i skolmåltiderna, att inte snåla på skolmaten utan se till att barnen erbjuds god och vällagad mat samt att anställa utbildade kockar. Ytterligare förslag handlade om att använda samlingarna i skolan och förskolan till att prata om goda matvanor och att införa skolämnet Mat och hälsa. Flera föräldrar var också kritiska till att tid för idrott minskat i skolorna och att det inte finns tillräckligt med material på skolgårdarna för aktiv lek. En förälder berättade om de ”gående skolbussar” som införts i hennes sons skola och som hon tyckte var ett bra initiativ.

Idrottsföreningarnas roll togs också upp. Några föräldrar tyckte att dessa skulle få mer ekonomiskt stöd, och andra tyckte att föreningarna skulle arbeta mer utåtriktat och till exempel samarbeta med skolorna för att uppmuntra fler barn att börja med idrottsaktiviteter. Gällande den kommersiella arenan var föräldrar kritiska till att godis och ”gigantiska taco-ställ” är placerade nära kassorna. Begränsningar av reklam för snabbmat, mindre bullar och muffins på caféer, smakprov på frukt i livsmedelsbutiker samt recept på nyttiga måltider var förslag till förbättrande åtgärder som föräldrar nämnde.

### Föräldrarnas ansvar

Föräldrarna ansåg ändå att barnens matvanor och hälsa ytterst var deras ansvar. Att engagera sig i barnens aktiviteter, stressa mindre och vara tillsammans mer, vara förebilder för sina barn, servera hemlagad mat, minska på godis och läsk och göra roliga saker tillsammans var förslag som kom upp. De föräldrar vi pratade med såg sig själva som kapabla, hade egna erfarenhetsbaserade åsikter om hur det hälsosamma livet ska levas och berättade att de själva aktivt sökte ny information. De var därför inte intresserade av att en auktoritet skulle tala om för dem vad de skulle göra, men några menade att lättillgänglig information kan vara användbar i samtal med barnen.

Det goda och hälsosamma livet i barnfamiljen beskrev föräldrarna med begrepp som gemenskap, tid tillsammans, goda relationer och en varierad kost. En sjuårig flicka illustrerade också det goda livet i sin bild, där hon målade mycket av det som hon tyckte om: tårta, glass, blåbär, hamburgare, köttbullar, morötter med mera.



Figur 11. En sjuårig flicka har målat en bild på temat mat.

Sammantaget visar bilden också på allt som ingår i familjens hälsopussel: från ohälsosamt till hälsosamt, från fest till vardag, från halvfabrikat till råvaror och från förnuft till känsla.

## Förslag till åtgärder

---

Genom att betrakta familjers måltidsvanor som del i ett hälsopussel har vi sett dels att hälsobegreppet består av ett flertal aspekter, dels att faktorer på olika nivåer inverkar på familjers möjligheter att få ihop sin matvardag på ett tillfredsställande sätt.

- De ökade ekonomiska klyftorna samt barnfamiljers tidspressade situation är två problem som har en direkt inverkan på barns hälsa [94] och som måste hanteras på en samhällelig nivå.
- Föräldrar och barn har kunskaper, erfarenheter och idéer, vilka kan utgöra resurser på lokal nivå. Fora för dialog kan skapas i olika sammanhang, till exempel i skolan och förskolan, i kommuner och stadsdelar för att ta tillvara människors resurser.



## Hälsofrämjande och förebyggande insatser



*Staffan Mårild*

### Ökande fetma orsakas av en fetmaframkallande miljö

---

Fetma och övervikt hos barn och vuxna har ökat markant i förekomst sedan 1980-talet i de flesta länder i världen [95]. Det råder stor enighet om att det är en förändrad miljö och förändrade levnadsförhållanden som orsakat denna ökning. Den kanske viktigaste orsaken är en ökad tillgänglighet av och lägre pris på vissa typer av livsmedel. Detta i kombination med en kraftfull global marknadsföring har lett till att konsumtionen av feta eller söta produkter har ökat [96]. Även många andra miljöfaktorer kring människor har förändrats de senaste decennierna. Sammantaget har detta lett till minskad fysisk aktivitet, mer stillasittande och ökad stress i befolkningen [97]. Socioekonomiska faktorer spelar även in, men deras betydelse varierar mellan olika länder beroende på ekonomisk utveckling, utbildningsnivå och sociala förhållanden [98], se kapitel 3. I Sverige finns en koppling mellan låg socio-ekonomisk status och fetma. Här är det familjer med kort utbildning och/eller knapp ekonomi som har högst förekomst av övervikt och fetma, såväl bland vuxna som bland barn. Detta är ett tydligt exempel på ojämlikhet i hälsa. Det är troligt att dessa familjer har levnadsförhållanden som gör att de i högre grad än andra har påverkats av den "fetmaframkallande" miljön.

#### **Beslutsfattare måste agera**

Hälsofrämjande insatser bör i första hand riktas mot de olika miljöfaktorerna som sammanfattades ovan. Eftersom de är många och verkar på olika nivåer bör hälsofrämjande insatser utformas multifaktoriellt och multidisciplinärt. Det är också avgörande att politiker och chefer inom kommunala, regionala och nationella förvaltningar visar ett tydligt ledarskap och tar sig an dessa frågor [99]. "Community prevention" innebär att samhället på olika nivåer stärker och skapar hälsofrämjande miljöer som gör de hälsosamma valen möjliga



och enkla. För så omfattande folkhälsoproblem som exempelvis fetma är populationsriktade insatser billigare och effektivare än sådana som är riktade mot individer. Det finns exempel på detta från en annan typ av samhällsorsakad ohälsa: högt blodtryck. Beräkningar visar att en måttlig reduktion av saltinnehållet i halvfabricerad mat kan åstadkomma en reduktion av blodtrycket i befolkningen på cirka två procent. Detta förhindrar cirka 1,2 miljoner (15 procent av alla) dödsfall i stroke samt 0.6 miljoner dödsfall i hjärtinfarkt per år i Asien [100].

### **Individuella insatser otillräckliga**

Fetma bland barn och vuxna förekommer idag i så hög frekvens i befolkningen att det är befogat att tala om en folksjukdom. Även här kan måttliga miljöförändringar ge stora hälsoeffekter på befolkningsnivå. De individer som har fetma måste förstås få behandling och hjälp, men studier av individuell ”livsstilsbehandling” av fetma visar ofta en begränsad effekt [101]. Att utveckla samhällsbaserade, multidisciplinära insatser är därför viktigt. Flera väl förankrade och genomarbetade riktlinjer för hur dessa insatser kan utformas finns publicerade [102, 103].

### **Barn behöver skyddas**

När det gäller barn finns ytterligare argument för att driva ett hälsofrämjande och förebyggande arbete på samhällsnivå. Ett argument är att barn behöver skyddas mot sådant som leder till ohälsa. Vi är vana att tänka så när det gäller faror i trafiken, men det är minst lika viktigt när det gäller faktorer som är förknippade med utvecklingen av övervikt och fetma och därmed sammanhängande ohälsa [104]. Stillasittande framför TV:n, speciellt om reklamslag riktade till barn visas, är ett exempel på ett område där barn behöver särskilt skydd. ”Community prevention” är även effektivare då det gäller att minska hälsoklyftor och nå de socioekonomiskt svaga grupperna i samhället [105]. En annan viktig aspekt som talar för värdet av samhällsbaserade, hälsofrämjande insatser är FN:s deklaration om mänskliga rättigheter: FN:s barnkonvention om barns rättigheter (till liv, utveckling, skydd med mera), rätten till adekvat kost samt rätten till hälsa på jämlika villkor. Ur denna synvinkel är det ett viktigt ansvar för politiker att bland annat skapa en miljö som ger goda förutsättningar för en hälsosam viktutveckling hos barn inom alla grupper i samhället.

### **Samhällsbaserade insatser på olika nivåer**

Samhällsbaserade insatser kan ske på olika nivåer; globalt, nationellt eller i lokalsamhället. Tullar och internationella avtal kan styra distributionen av livsmedel mellan länder. På många sätt används dessa styrmedel idag inte i hälsofrämjande syfte. Tullar, subventioner och andra former av styrmedel används till exempel idag inom EU:s jordbrukspolitik så att de har en negativ effekt på folkhälsan. Subventionerade livsmedel produceras i överskott inom EU, vilket tillsammans med aggressiv marknadsföring leder till en överkonsumtion av söta och feta produkter. Handelshinder stoppar länder utanför unionen att exportera till EU, vilket håller uppe priserna på frukt och grönt. Att ändra detta system är politiskt kontroversiellt, men betydande hälsovinster skulle kunna ske om detta kom till stånd. Speciellt värdefullt vore det om internationella överenskommelser skapades för att begränsa marknadsföringen av ohälsosam kost [106].

På den nationella nivån finns möjlighet att använda lagstiftning [107] rörande hur kost hanteras eller kring infrastrukturen i samhället (exempelvis kommunikation och vägar). Att beskatta socker, fett eller marknadsföring av ohälsosamma produkter är andra alternativ. I Danmark och Ungern finns denna typ av nationella insatser på skatteområdet. Hälsofrämjande arbete inom kommunerna är mycket betydelsefullt med många exempel från Sverige. Fysisk aktivitet stimuleras om säkra gång- och cykelbanor skapas samt att invånarna har närhet till grönområden (se kapitel 4). Kommunernas egna verksamheter, som exempelvis skolor eller förskolor, kan utformas så att goda matvanor och ökad fysisk aktivitet främjas.

### **Att skapa en hälsofrämjande kommun**

Riktlinjer finns skisserade för hur man kan initiera, genomföra och implementera samhällsbaserade, hälsofrämjande insatser [102]. Dessa berör mestadels hur arbetet ska läggas upp inom lokalsamhället. Den politiska ledningen måste helhjärtat stödja detta arbete. Införandet måste hanteras av en eller flera speciella arbetsgrupper, men på sikt är målet att implementera och permanenta modellen i den fasta organisationen. Det krävs ett mångårigt arbete för att få till stånd en "community prevention". En inledande kartläggning av vilka behov som finns och vad som är möjligt att göra bör ske med användande av till exempel fokusgrupper, intervention mapping [108] eller analyser enligt en speciell mall och metod som kallas ANGELO (Analys Grid for Elements Linked to Obesity) [109].

Det gäller att nå alla grupper i samhället och att alla dessa får komma till tals och påverka. De socioekonomiska faktorerna är viktiga att beakta. Initialt är det värdefullt att ta fram uppgifter om förekomst av övervikt och fetma bland skolbarnen i kommunen. Dessa finns tillgängliga men måste sammanställas. På basen av dessa inledande kartläggningar prioriteras behov och insatser. Nyckelbudskap skapas utifrån detta som en sammanfattning av vad som är viktigast att göra. Dessa används sedan för att i olika verksamheter skapa förhållanden som stimulerar och möjliggör hälsosamma val kring de olika prioriterade områdena. Kommunens ledning kan genom sina olika förvaltningar driva insatser och ha policybeslut kring olika nyckelbudskap och vad dessa står för. De olika aktiviteterna är viktiga att dokumentera fortlöpande hos alla verksamheter som berörs av interventionen. Då de viktigaste delarna av programmet har etablerats är målet att föra över den projektliknande insatsen till ordinarie verksamhet [110] samt att utvärdera på olika sätt, bland annat genom att följa upp förekomsten av övervikt och fetma hos skolbarn.

### **Argument för och exempel på samhällsbaserade interventioner**

Samhällsbaserade interventioner har kritiserats för brist på evidens. Mot detta finns motargument. Eftersom det tar många år att få fram effekterna är det cyniskt att vänta på evidens, då ju problemen fortgår och kanske ökar. Därför har ”portfolio-tanken” lanserats, det vill säga att insatser görs på många olika områden samtidigt och med olika metoder [99]. En del av dessa kan vara evidensbaserade och ha stöd i vetenskaplig litteratur (exempelvis att reducera barns tid framför TV:n) medan andra delar är mer osäkra. En total utvärdering av insatserna som helhet bör helst göras då arbetet pågått under en längre tid, minst ett år. Därefter bör upprepade uppföljningar göras.

Det finns exempel på utvärderade och fungerande samhällsbaserade interventioner. ”Be active, eat well” i Australien vände sig främst till fyra till tolv år gamla barn, huvudsakligen via förskolor och skolor i en kommun. Interventionskommunen jämfördes med ett kontrollområde och man fann att barnens kroppsvikt steg signifikant mindre där än i jämförelsegruppen. Man såg inte några former av biverkningar [111]. I Boston-området i USA har studien ”Shape up Sommerville” på liknande sätt visat signifikanta effekter på BMI redan efter ett års insatser [112]. I Frankrike, Spanien och Belgien arbetar man med EPODE-modellen. Denna har inte utvärderats som helhet, men delstudier har visat positiva resultat.

## IDEFICS – en forskningsstudie av hälsofrämjande samhällsinsatser

Arbete med en intervention av detta slag har drivits inom EU-projektet IDEFICS [113] (se kapitel 4). Ett av syftena med detta forskningsprojekt var att utveckla, genomföra och utvärdera en samhällsinriktad intervention mot övervikt och fetma hos två till nio år gamla barn ([www.idefics.eu](http://www.idefics.eu)). För att utveckla insatsen har metoden ”intervention mapping” [108] använts. Denna bygger på att man ser hälsa som en effekt av hur olika ekologiska miljöer inverkar på livsstil, från individ, familj, organisationer och lokalsamhälle till de nationella och globala strukturerna. Själva ”mappingen” är till för att bygga upp insatserna: man kartlägger först problem och behov, vad som ska påverkas, kan påverkas och förändras. Detta sker genom sökning i litteratur om erfarenheter från tidigare studier. Sedan skapas ett program för interventionen som införs och utvärderas.

*Viktiga delar i IDEFICS intervention för två till nio år gamla barn:*

*Interventions-modellen.* Genomgående har avsikten varit att skapa ett gemensamt ”standardiserat” interventionsprogram bland de åtta deltagande länderna i IDEFICS. Samtidigt måste hänsyn tas till att länder och kulturer skiljer sig åt. En anpassning av modellen till det aktuella landet och samhällets organisation, språk, ekonomi med mera var mycket viktig.

*Manual och utveckling av modellen.* Fokusgrupper användes initialt som grund för att utveckla insatserna i alla de åtta länderna. Barn, lärare och föräldrar deltog och diskuterade möjligheter och svårigheter rörande god livsstil för barn, speciellt kring fysisk aktivitet, kost, stress och avkoppling. Till stöd för utvecklingsarbetet användes en detaljerad manual som beskrev hur interventionen skulle bedrivas i kommunen.

*Nyckelbudskap.* På basis av litteraturstudier och arbetet med fokusgrupper har sex nyckelbudskap tagits fram att användas i alla tänkbara miljöer och tillfällen för att betona dessa delar i det förebyggande arbetet:

- Kost: ”ät frukt och grönt”, ”använd vatten som törstsläckare”
- Fysisk aktivitet: ”begränsa tiden framför TV:n”, ”öka rörelse och fysisk aktivitet”
- Stress och avkoppling: ”tillbringa tid tillsammans i familjen”, ”goda sömnvanor”

Ett antal broschyrer som framställts centralt har efter översättning kommit i bruk för att sprida hälsobudskapen, se nedan.

*Tidsschema.* Interventionerna i IDEFICS startade våren 2008. Insatserna drevs första året i projektform men från hösten 2009 har arbetet fortsatt i kommunens egen regi.



### **Hälsoraketen – att föra ut IDEFICS-modellen till andra kommuner**

Ett svenskt sidoprojekt har varit att "översätta" IDEFICS-manualen till en enkel svensk metodbok för att inspirera kommuner till förebyggande arbete enligt denna modell i Sverige. Den svenska IDEFICS-gruppen från Göteborgs Universitet, representanter för Partille kommun samt Enheten för folkhälsofrågor i Västra Götalandsregionen har genomfört detta arbete. Denna metodbok kallas "Hälsoraketen" och finns tillgänglig på Västra Götalandsregionens hemsida ([www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Rapporter-och-dokument-/](http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Vard-och-halsa/Folkhalsa/Rapporter-och-dokument-/)).

## Förslag till åtgärder

---

- Samhällsbaserade, hälsofrämjande insatser är viktiga att utveckla globalt, nationellt och lokalt. De bör utformas så att de främjar hälsosamma val och vanor i befolkningen kring kost, fysisk aktivitet och grundläggande psykiska behov.
- Samhällsbaserade, hälsofrämjande interventioner i samverkan med målgrupperna är på sikt avgörande för att hindra en hotande svår försämring av folkhälsan
- Politiker och beslutsfattare har ansvaret att initiera och möjliggöra denna typ av samhällsinsatser.
- IDEFICS-modellen är en metod för att systematiskt utveckla och genomföra en samhällsbaserad, hälsofrämjande intervention i en kommun. "Hälsoraketten" beskriver enkelt hur modellen kan användas i Sverige.
- De socioekonomiskt svaga grupperna i samhället är speciellt viktiga att nå med hälsofrämjande insatser. Här bör en mer intensiv anpassning av interventionen ske, exempelvis att informationsmaterial är översatta och anpassade kulturellt. Deltagarmedverkan är här speciellt viktig.
- Forskningsbaserade förebyggande insatser måste ske under begränsad tid och med speciell organisation. Att implementera dessa modeller i det ordinarie samhället är ett område som behöver studeras ytterligare samt hur forskare och politiska ledare skall samarbeta bättre.

# 8

## Sammanfattning och slutsatser

*Christina Berg och Maria Magnusson*

### Fetma är ett samhällsproblem

---

Vi har här pekat på några delar som har stor betydelse då man arbetar hälsofrämjande och förebyggande. Utgångspunkten har varit forskningen inom forskningsprogrammet CLOE och vi gör inte anspråk på att ge svar på alla frågor inom det komplexa område som prevention av fetma utgör.

Befolkningens ökade vikt har blivit ett hälsoproblem. Under senare delen av 1900-talet ökade antalet svenskar med fetma dramatiskt. Undersökningar bland barn i tioårsåldern visar att denna ökning nu tycks ha planat ut men ungefär tre procent av barnen i Sverige har fetma och vart femte till vart sjätte barn har övervikt. Trenden är inte heller lika positiv i alla grupper i samhället. Förekomst av fetma har fortsatt öka bland pojkar som bor i områden med låg socioekonomisk status i Stockholms län men eftersom Sverige saknar system för nationellt representativa kartläggningar vet vi inte om detta gäller landet som helhet.

Forskningen visar skillnader i förekomst av fetma mellan olika grupper med avseende på om barnet är en pojke eller flicka, om det bor i stad eller på landsbygd samt hur föräldrarnas utbildningsnivå och ekonomi ser ut. Även om Sverige är jämställt jämfört med många andra länder så har barn olika levnadsvillkor. Det gäller exempelvis i olika delar av Göteborg. Dessa skillnader är välkända men det är svårt att förstå orsakerna bakom, hur de är kopplade till barnfetma och vad man ska göra åt ojämlikheten i hälsa. Vad man kan ta fasta på är att då man utformar interventioner bör deltagarna själva vara med och styra utformningen samtidigt som den ska vara teoretiskt förankrad. Vid utveckling av förebyggande arbete på individuell nivå bör olika professioner samverka och man bör försäkra sig om att den som ger råd och stöd i kostfrågor har gedigen ämneskunskap inom såväl näringslära som matkultur.

## Förändring av levnadsvanor krävs

---

Flera vardagsvanor har betydelse för kroppsvikten och hälsan även om biologiska faktorer formade av arv och tidigare livsstil också är av stor vikt. Energiintaget är givetvis centralt. Det påverkas i sin tur av hur kaloririk maten och drycken är, hur ofta man äter och hur stora portionerna är. Det är därför ett problem att många barn föredrar livsmedel med mer tillsatt socker. Våra resultat visar att en stor del av energin kom från socker, framförallt på helgerna. Dessutom var en förkärlek för fett och sött förenat med övervikt. Däremot verkar ett kostmönster som liknar den som man åt i Grekland och Italien i början av 60-talet vara skyddande. Det får dock inte förväxlas med dagens kost hos dem som bor vid Medelhavet. De svenska barnen i studien hade faktiskt en kost som bättre motsvarade den ursprungliga medelhavskosten än vad deltagarna från Italien, Cypern och Spanien hade.

Redan i tidig ålder har matvanorna betydelse för vikten. Resultat som redovisas här tyder på att amning skyddar mot övervikt senare i livet. Andra vanor som kan inverka är sömn och fysisk aktivitet. Positivt är att svenska barn ofta har tillgång till en bra utemiljö som uppmuntrar till rörliga lekar. Många barn i Göteborgs kranskommuner har närhet till lekplatser, bollplaner, öppen skog och mark samt gång- och cykelvägar. Att åka bil var dock vanligare än att gå och cykla till skola och förskola. Tyvärr ökade också barnens stillasittande tid med ökande ålder.

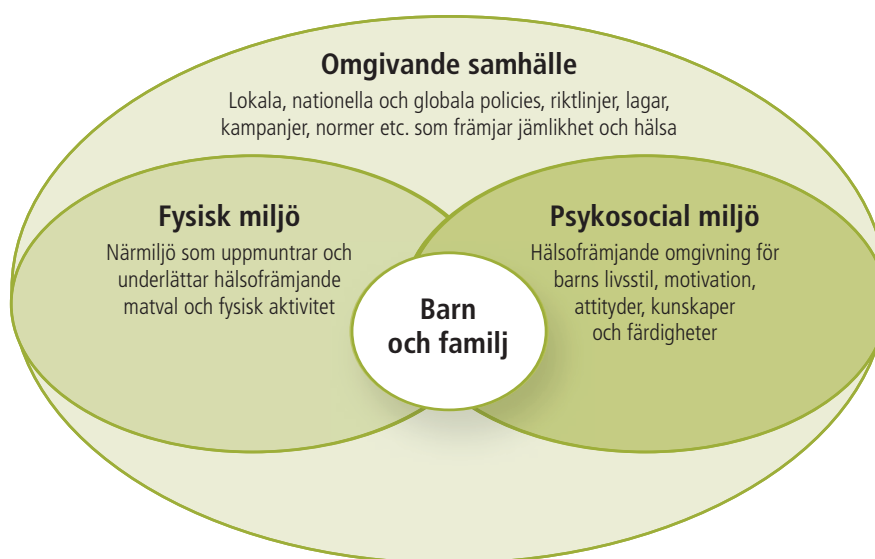
Datoranvändning och tid framför TV:n utgör idag en stor del av barns och ungdomars fritid. TV-tittande kan vara avkopplande och förmedla kunskaper men kan också medverka till såväl en stillasittande livsstil som kroppsfixering och mindre hälsosamma matvanor. Reklam-TV förklarar en del av sambandet mellan TV-tittande och kostintag men även programinnehåll och vad man vanligtvis äter framför TV:n kan ha betydelse. Våra data tyder på att föräldrar har möjlighet att inverka positivt på barnens matvanor genom att begränsa exponeringen för TV-reklam. Hos barn, i åldern två till nio år, med föräldrar som begränsade TV-reklam var sannolikheten för regelbunden läskkonsumtion halverad jämfört med barn till mindre restriktiva föräldrar. Som förälder är det dock inte lätt att själv styra över barnens mediavanor. En internationell jämförelse visar att svenska barn utsätts för livsmedelsreklam i stor utsträckning trots att Sverige i lag begränsar TV-reklam till barn. En stor del av reklamen är också för sådant som är kaloriskt men fattigt på vitaminer och mineraler.



## Skapa ett stödjande samhälle

---

För att främja hälsosamma vanor och levnadsförhållanden behövs samverkan mellan många aktörer på flera nivåer. Familj och personal på förskola och skola har givetvis stor möjlighet att inverka men är också beroende av de förutsättningar som skapas i det omgivande samhället. Behovet av en hälsofrämjande miljö för barnet och dess familj illustreras i figur 11. Strategier och policier för att skapa stödjande miljöer och öka kunskaper är nödvändiga och samhället måste verka för att underlätta samverkan mellan viktiga aktörer som föreningsliv, skola, barnhälsovård, folktandvård och livsmedelsbranschen. Personal inom olika verksamheter behöver stöd och utrymme för att utveckla hållbara strategier och metoder tillsammans, exempelvis för samarbete inom skolan mellan skolmåltidspersonal, elevhälsa, fritidsverksamhet och undervisning.



Figur 11. Möjliga ingångar till miljöer för att främja hälsa och hindra barnfetma.

## Föräldrar har en svår balansgång

---

Föräldrar har erfarenheter och förslag till möjliga lösningar som behöver tas till vara i folkhälsoarbete på olika nivåer. Våra resultat tyder på att föräldrar tycker att de vet vad som är hälsosamt för deras barn men inte hur de ska åstadkomma

hälsosamma vanor. De hade svårt att få ihop hälsopusslet med tidspress i vardagen, ekonomiska begränsningar och behovet av att sätta en guldkant på tillvaron till helgen. Människors överväganden i vardagen styrs av mycket annat utöver hälsoperspektivet och olika slag av hälsoaspekter kan också innebära motsättningar. Att barnen kommer ut och får röra sig är en hälsoaspekt medan deras säkerhet en annan. Det är heller inte alltid lätt att se till att barnen får i sig näringsriktig mat och samtidigt ta hänsyn till barnens smakpreferenser och den sociala samvaron kring måltiderna. Med andra ord är det inte givet att val utifrån olika fysiologiska, emotionella och sociala aspekter av hälsa leder åt samma håll. Livet får inte bli en jakt på hälsa och kalorier där vi glömmer att avkoppling och njutning ibland måste få innebära mat som inte är så nyttig och aktiviteter som är passiva. Det viktiga är vad vi gör ofta.

## Agera nu!

---

Att hålla en hälsosam vikt är inte lätt i dagens samhälle. Därför är det bäst att redan tidigt i livet skaffa sig vanor som leder till energibalans. En annan grundläggande hälsoaspekt bör alltid vara att främja en positiv självbild och självkänsla hos barnen, vilket går utmärkt att förena med att underlätta goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Varje gång som fetma lyfts fram som ett problem finns risken att man bidrar till stigmatisering och viktfixering. Vi borde därför sträva ännu mer efter att flytta fokus från fetma i sig till att förebygga bantning, fetmakirurgi samt psykiska och fysiska konsekvenser av fetma. Forskare behöver emellertid fortsätta att följa viktutvecklingen i befolkningen tillsammans med vanor och levnadsförhållanden som hänger ihop med kroppsvikt. Dessutom behövs mer kunskaper om vilka mekanismer som orsakar fetma, de fysiologiska, sociala och psykologiska konsekvenserna av fetma, och framförallt vilka förebyggande och hälsofrämjande strategier och åtgärder som är effektiva och inte gör skada. Likväl vet vi redan idag tillräckligt för att agera. Vi säger som den engelska professorn Michael Marmot: "We need more research. But we also need more social action on the basis of the knowledge we have [114]". Vi hoppas att vår bok ska bidra till en vilja att ta fram ny kunskap och framför allt till handling utifrån den kunskap vi redan har.

## Lästips

Anving, Terese (2012). *Måltidens paradoxer: Om klass och kön i vardagens familjepraktiker*.

<http://lup.lub.lu.se/luur/download?func=downloadFile&recordOId=2339255&fileOId=2339257>

Folkhälsoinstitutet, publikationer avseende fysisk aktivitet:

(<http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Fysisk-aktivitet/Publikationer-fysisk-aktivitet/>)

Konsumentverket (2006). *Marknadsföring riktad till barn och unga samt minderåriga som avtalsparter*. [http://www.konsumentverket.se/Global/Konsumentverket.se/%c3%84mnen/Reklam/vagledning\\_mf\\_barn.pdf](http://www.konsumentverket.se/Global/Konsumentverket.se/%c3%84mnen/Reklam/vagledning_mf_barn.pdf)

Livsmedelsverket. *Bra mat i skolan*

[http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat\\_skola/Bra\\_mat\\_i\\_skolan\\_2007.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat_skola/Bra_mat_i_skolan_2007.pdf)

*Bra mat i förskolan*

[http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat\\_skola/bra\\_mat\\_i\\_forskolan\\_2007\\_2011.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/mat_skola/bra_mat_i_forskolan_2007_2011.pdf)

*Bra mat för gravida och ammande*

[http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/gravida\\_ammande/kostrad\\_gravida\\_broschyr.pdf](http://www.slv.se/upload/dokument/mat/kostrad/gravida_ammande/kostrad_gravida_broschyr.pdf)

Marmot M (2011) *Social determinants of health*. Oxford University Press, UK.

Molander, Susanna (2011). *Mat, kärlek och metapraktik: en studie i vardagsmiddagskonsumtion bland ensamstående mödrar*. Stockholms universitet.

Moraeus L et al (2010). *Kartläggning av längd, vikt och livsstil hos skolbarn i Sverige 2008*.

[http://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1380/1380889\\_swe-cosi-school-report-western-sweden.pdf](http://www.medicine.gu.se/digitalAssets/1380/1380889_swe-cosi-school-report-western-sweden.pdf)

Picket J & Wilkinson RG (2009). *Jämlikhetsanden*. Karneval förlag, Sverige.

Skolverket, Socialstyrelsen & Folkhälsoinstitutet (2004): *Tänk långsiktigt!*

*En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa.*

[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10345/2004-110-4\\_20041106.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10345/2004-110-4_20041106.pdf)

Socialstyrelsen. *Folkhälsorapporten 2009*.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-71>

Statens folkhälsoinstitut (2011). *Skolbarns vanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning.*

<http://www.fhi.se/PageFiles/11926/A2011-06-Skolbarns-halsovanor-fysakt-tv-dator-Ett-friskare-Sverige.pdf>

Västra Götalandsregionen. Balansfoldern.

<http://www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/Broschyror-och-patientinformation/>

Västra Götalandsregionen. *Beslutsstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma.*

<http://www.vgregion.se/beslutstodfetma>

Västra Götalandsregionen. *"Hälsoraketen"*.

<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%C3%A4lsa/%C3%B6vervikt%20och%20fetma/H%C3%A4lsoraketen.pdf>

Västra Götalandsregionen: Broschyerna med IDEFICS hälsobudskap.

*Det är gott med frukt och grönt!*

*Goda sömnvanor.*

*Njut av tiden tillsammans.*

*Rörelse och lek.*

*Vatten, den bästa törstsläckaren.*

<http://www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/Broschyror-och-patientinformation/>

WHO (2010). *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children.*

[http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500210_eng.pdf)

WHO (2012). *Social determinants of health and well-being among young people.*

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/167281/E96444\\_part1.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/167281/E96444_part1.pdf)

## 9 Highlights in English

*Lauren Lissner*

Swedish children today, compared to the 1980's, have a fourfold excess risk of obesity, and it is estimated that around 300,000 children and adolescents in Sweden are currently overweight or obese. We hope that the CLOE program has furthered knowledge about the needs and possibilities for health promotion and obesity prevention in children. However, this is a broad and complex topic, and our concluding section highlighted just a few themes of particular public health relevance. First, although Sweden is often considered a relatively egalitarian society, the obesity epidemic has hit the less advantaged parts of the population disproportionately. Thus while obesity is often considered a problem for individuals, it is important to emphasize that managing the obesity epidemic requires structural changes in society. Based on research findings, there are a number of non-obesogenic lifestyles that can and should be promoted early in life, both in the dietary and physical activity arenas. For instance, our research program has been studying early life feeding practices, identified healthy diet patterns, compared active versus passive transport and use of playgrounds, and explored how all of these factors are affected by socioeconomic and living conditions, in relation to children's weight status. At the same time we have also conducted experiments to document differences in young children's taste preferences and have studied specific behaviors such as eating meals while watching television, in relation to obesity. Interestingly the same children who are exposed to more television also consume diets higher in sugar, and this association is seen whether or not the children have taste preference for sweetness per se. These findings also imply the necessity of including parents, teachers and communities in efforts to improve children's physical environments in such a way to optimize energy balance and decrease passive dietary overconsumption. With specific regard to parents, research from CLOE suggests that they often face difficulties in balancing healthy diets with the social and emotional needs of their children and families, particularly

in view of economic and time constraints. Finally, in the context of a society that is focused on dieting and stigmatizes obesity, it is critically important to identify ways to help children develop positive self-images while they pursue healthier lifestyles, possibly via promotion of characteristics like self-efficacy and resilience. Although the exact “recipe” for obesity prevention and promotion of healthy weights has not yet been discovered, we believe that there is sufficient evidence for public health planners to act, and these actions should target the ecology of obesity rather than placing full responsibility on individuals. To quote Professor Michael Marmot “We need more research. But we also need more social action on the basis of the knowledge we have”.

## Författare

---

### Huvudförfattare



**Christina Berg**, redaktör samt författare till kapitel 5 och 8  
*Legitimerad dietist och docent i kostvetenskap*  
*Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet*



**Gabriele Eiben**, författare till kapitel 4  
*Socialpedagog, legitimerad dietist och medicine doktor*  
*Enheten för folkhälsoepidemiologi, Avdelningen för*  
*samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin,*  
*Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*



**Barbro Johansson**, författare till kapitel 6  
*Docent i etnologi*  
*Centrum för konsumtionsvetenskap, Institutionen för ekonomi*  
*och samhälle, Handelshögskolan, Göteborgs universitet*



**Lauren Lissner**, projektledare samt författare till inledningen  
och den engelska sammanfattningen  
*Nutritionist och professor i epidemiologi*  
*Enheten för folkhälsoepidemiologi, Avdelningen för*  
*samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin,*  
*Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*



**Maria Magnusson**, redaktör samt författare till kapitel 3 och 8  
*Legitimerad dietist, sjuksköterska och medicine doktor*  
*Enheten för folkhälsoepidemiologi, Avdelningen för*  
*samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin,*  
*Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*



Foto: Magnus Gotander

**Staffan Mårild**, författare till kapitel 7  
*Överläkare och docent i pediatrik*  
*Obesitascentrum för barn och ungdomar,*  
*Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen*



**Eva Ossiansson**, författare till kapitel 6  
*Ekonomie doktor och universitetslektor i marknadsföring*  
*Centrum för konsumtionsvetenskap, Handelshögskolan,*  
*Göteborgs universitet*



**Hillevi Prell**, författare till kapitel 5  
*Kostekonom, filosofie doktor och lektor i kostvetenskap*  
*Institutionen för kost- och idrottsvetenskap,*  
*Göteborgs universitet*



Foto: Magnus Gotander

**Agneta Sjöberg**, författare till kapitel 2  
*Hushållslärare, näringsfysiolog och docent i kostvetenskap*  
*Enheten för folkhälsoepidemiologi, Avdelningen för*  
*samhällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin*  
*samt Institutionen för kost- och idrottsvetenskap,*  
*Göteborgs universitet.*



## Övriga medverkande

**Katarina Englund**, redaktionell sekreterare

*Forskningsadministratör med magister i folkhälsovetenskap*

*Enheten för folkhälsoepidemiologi, Avdelningen för  
sambällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin,  
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*

**Johan Jonsson**, författare till inledningen

*Folkhälsochef*

*Enheten för folkhälsofrågor, Västra Götalandsregionen*

**Lotta Moraeus**, författare till kapitel 2

*Legitimerad dietist och doktorand*

*Enheten för folkhälsoepidemiologi, Avdelningen för  
sambällsmedicin och folkhälsa, Institutionen för medicin,  
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet*

**Steingerdur Olafsdottir**, författare till kapitel 5

*Journalist och hushållslärare med master i folkhälsovetenskap  
samt doktorand i kostvetenskap*

*Institutionen för kost- och idrottsvetenskap, Göteborgs universitet*

## Referenser

---

1. Lindgren, G.W. and L. Cernerud, *Physical growth and socioeconomic background of Stockholm schoolchildren born in 1933-63*. *Ann Hum Biol*, 1992. **19**(1): p. 1-16.
2. Angbratt, M., et al., *Prediction of obesity from infancy to adolescence*. *Acta Paediatr*, 2011. **100**(9): p. 1249-52.
3. Whitaker, R.C., et al., *Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity*. *N Engl J Med*, 1997. **337**(13): p. 869-73.
4. Guo, S.S., et al., *Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence*. *Am J Clin Nutr*, 2002. **76**(3): p. 653-8.
5. Ekelund, U., et al., *Upward weight percentile crossing in infancy and early childhood independently predicts fat mass in young adults: the Stockholm Weight Development Study (SWEDES)*. *Am J Clin Nutr*, 2006. **83**(2): p. 324-30.
6. Cole, T.J., et al., *Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey*. *Bmj*, 2000. **320**(7244): p. 1240-3.
7. Wikland, K.A., et al., *Swedish population-based longitudinal reference values from birth to 18 years of age for height, weight and head circumference*. *Acta Paediatr*, 2002. **91**(7): p. 739-54.
8. Sundblom, E., et al., *Trends in Sweden including socioeconomic differences*, in *Childhood Obesity Prevention – International Research, Controversies and Interventions*, J. O’Dea and M. Eriksen, Editors. 2010, Oxford University Press, UK: Oxford. p. 164-173.
9. Petersen, S., C. Brulin, and E. Bergstrom, *Increasing prevalence of overweight in young school-children in Umea, Sweden, from 1986 to 2001*. *Acta Paediatr*, 2003. **92**(7): p. 848-53.
10. Mårild, S., et al., *Prevalence trends of obesity and overweight among 10-year-old children in western Sweden and relationship with parental body mass index*. *Acta Paediatr*, 2004. **93**(12): p. 1588-95.
11. Sjoberg, A., et al., *Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls*. *Acta Paediatr*, 2008. **97**(1): p. 118-23.
12. Lager, A.C., et al., *Children’s overweight and obesity: local and national monitoring using electronic health records*. *Scand J Public Health*, 2009. **37**(2): p. 201-5.
13. Sundblom, E., et al., *Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist*. *Int J Obes (Lond)*, 2008. **32**(10): p. 1525-30.

14. Renman, C., M. Nordström, and L. Mangelus, *Årssammanställning för skolhälsovården 2011 Göteborg*. Skolhälsan, Editor. 2012, Göteborgs Stad: Göteborg.
15. Wijnhoven, T.M.A., et al., *WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative 2008: weight, height and body mass index in 6-9-year-old children*. Pediatric Obesity, 2012. In press 2012.
16. Sjöberg, A., et al., *Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden*. Obes Rev, 2011. **12**(5): p. 305-14.
17. Moraes, L., et al., *Multi-level influences on childhood obesity in Sweden: societal factors, parental determinants and child's lifestyle*. Int J Obes (Lond), 2012. **36**(7): p. 969-76.
18. Knai, C., et al., *Socioeconomic Patterning of Childhood Overweight Status in Europe*. International Journal of Environmental Research in Public Health, 2012. **9**: p. 1472-1489.
19. Blomquist, H. and E. Bergstrom, *Obesity in 4-year-old children more prevalent in girls and in municipalities with a low socioeconomic level*. Acta Paediatr, 2007. **96**(1): p. 113-6.
20. Magnusson, M.B., et al., *Childhood obesity and prevention in different socio-economic contexts*. Prev Med, 2011: p. 402-7.
21. Geyer, S., et al., *Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice*. J Epidemiol Community Health, 2006. **60**(9): p. 804-10.
22. Macintyre, S., et al., *Socio-economic position and health: what you observe depends on how you measure it*. J Public Health Med, 2003. **25**(4): p. 288-94.
23. (2010) *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Manuscript Preparation and Submission/Preparing a Manuscript for Submission to a Biomedical Journal/Selection and Description of Participants*. <http://www.icmje.org/index.html> (nedladdad 10 okt 2012)
24. Socialstyrelsen, *Folkhälso rapport 2009*, Socialstyrelsen: Stockholm.
25. Svenberg, K., *Mötet mellan patienten och läkaren. Erfarenheter hos somaliska flyktingar och läkare under utbildning*. Avhandling. Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet 2011.
26. Pickett J and Wilkinson RG, *Jämlikhetsanden*. 2009: Karneval.
27. Stunkard, A., et al., *Influence of social class on obesity and thinness in children*. Jama, 1972. **221**(6): p. 579-84.
28. Bleich, S., R. Blendon, and A. Adams, *Trust in scientific experts on obesity: implications for awareness and behavior change*. Obesity (Silver Spring), 2007. **15**(8): p. 2145-56.
29. Neumark-Sztainer, D., et al., *Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later?* J Am Diet Assoc, 2006. **106**(4): p. 559-68.
30. Kelly, B., et al., *Television food advertising to children: a global perspective*. Am J Public Health, 2010. **100**(9): p. 1730-6.

31. Jain, A., et al., *Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight?* Pediatrics, 2001. **107**(5): p. 1138-46.
32. Kumanyika, S.K., *Environmental influences on childhood obesity: ethnic and cultural influences in context.* Physiol Behav, 2008. **94**(1): p. 61-70.
33. Mintz, S., *Tasting food, tasting freedom.* 1996, Boston: Beacon Press.
34. Lupien, S.J., et al., *Can poverty get under your skin? basal cortisol levels and cognitive function in children from low and high socioeconomic status.* Dev Psychopathol, 2001. **13**(3): p. 653-76.
35. Chomitz, V.R., et al., *Healthy Living Cambridge Kids: a community-based participatory effort to promote healthy weight and fitness.* Obesity (Silver Spring), 2010. **18 Suppl 1**: p. S45-53.
36. Jämvikt (2010) *Folkhälsogrupp Jämvikt* . [http://www.vgregion.se/sv/Primarvarden-Goteborg/Ovrig-primarvard/Folhalsogrupp\\_jamvikt/](http://www.vgregion.se/sv/Primarvarden-Goteborg/Ovrig-primarvard/Folhalsogrupp_jamvikt/). (nedladdad 10 okt 2012)
37. Magnusson, M.B., K.I. Kjellgren, and A. Winkvist, *Enabling overweight children to improve their food and exercise habits - school nurses counselling in multilingual settings.* Journal of Clinical Nursing. In press., 2012.
38. Egger, G. and B. Swinburn, *An "ecological" approach to the obesity pandemic.* Bmj, 1997. **315**(7106): p. 477-80.
39. Anderson, S.E., et al., *Meals in Our Household: Reliability and Initial Validation of a Questionnaire to Assess Child Mealtime Behaviors and Family Mealtime Environments.* J Am Diet Assoc, 2011. **112**(2): p.276-84.
40. Hense, S., et al., *Sleep duration and overweight in European children: is the association modified by geographic region?* Sleep, 2011. **34**(7): p. 885-90.
41. Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut, *Kostnadsberäkningar och finansieringsförslag för underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.* 2005.
42. Ahrens, W., et al., *Understanding and preventing childhood obesity and related disorders-IDEFICS: a European multilevel epidemiological approach.* Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2006. **16**(4): p. 302-8.
43. Ahrens, W., et al., *The IDEFICS cohort: design, characteristics and participation in the baseline survey.* Int J Obes (Lond), 2011. **35 Suppl 1**: p. S3-15.
44. Haerens, L., et al., *Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2- to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents.* Health Educ Res, 2009. **24**(3): p. 381-93.
45. Hebestreit, A., et al., *Communicating health behavior in a European multi-centre study.* Journal of Public Health, 2009. **18**, (4): p. 391-401.
46. Haerens, L., et al., *Formative research to develop the IDEFICS physical activity intervention component: findings from focus groups with children and parents.* J Phys Act Health, 2010. **7**(2): p. 246-56.

47. EUFIC. <http://www.eufic.org/article/en/artid/How-prevent-childhood-obesity-news-from-IDEFICS-study>. 2012. (nedladdad 10 okt 2012)
48. Eiben, G., et al., 2012. *Measuring what kids are eating across Europe - a novel Pan-European approach. Presentation vid International Conference on Diet and Activity Methods (ICDAM)*, Italien, Rom, maj 2012.
49. Tognon, G., et al. *Alternative children anthropometric indices consistently associated with a Mediterranean diet score: cross sectional and longitudinal findings*. Presentation vid International Conference on Diet and Activity Methods (ICDAM), Italien, Rom, maj 2012.
50. Lanfer, A., et al., *Taste preferences in association with dietary habits and weight status in European children: results from the IDEFICS study*. Int J Obes (Lond), 2012. **36**(1): p. 27-34.
51. Svensson, Å., et al., on behalf of the IDEFICS consortium 2012. *Observed Differences in Dietary Intake on Weekdays versus Weekends in European Children*. Presentation vid International Conference on Diet and Activity Methods (ICDAM), Italien, Rom, maj 2012.
52. Hunsberger, M. et.al., 2012. *Infant feeding practices and prevalence of obesity in eight European countries - the IDEFICS study*. Public Health Nutrition, in press.
53. Davison, K. and C. Lawson, *Do attributes in the physical environment influence children's physical activity? A review of the literature*. Int J Behav Nutr Phys Act, 2006. **3**(19).
54. Weimann, H., P. Bergman, and G. Eiben, *Physical Activity during Leisure Time in Relation to Neighbourhood Environment among Swedish Children*. Masteruppsats vid Göteborgs Universitet, 2011.
55. Josefsson, G. and S. Mårild, *Finns samband mellan barns fysiska aktivitet i vardagen och mått på hälsa*. Projektarbete: Läkarutbildningen Göteborgs Universitet, 2012.
56. Hense, S., et al., *Factors that influence weekday sleep duration in European children*. Sleep, 2011. **34**(5): p. 633-9.
57. Monasta, L., et al., *Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews*. Obes Rev, 2010. **11**(10): p. 695-708.
58. Grontved, A. and F.B. Hu, *Television viewing and risk of type 2 diabetes, cardiovascular disease, and all-cause mortality: a meta-analysis*. JAMA, 2011. **305**(23): p. 2448-55.
59. Dubois, L., et al., *Social factors and television use during meals and snacks is associated with higher BMI among pre-school children*. Public Health Nutr, 2008. **11**(12): p. 1267-79.
60. Cairns, G., K. Angus, and G. Hastings, *The extent, nature and effects of food promotion to children: A review of the evidence to December 2008*. 2009, World Health Organisation.
61. Statens folkhälsoinstitut, *Skolbarns hälsovanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning [Elektronisk resurs] : Trender och sociala skillnader 2001-2010. Delresultat från undersökningen om skolbarns hälsovanor*. 2011, Östersund: Statens folkhälsoinstitut.
62. Lopez-Guimera, G., et al., *Influence of Mass Media on Body Image and Eating Disordered Attitudes and Behaviors in Females: A Review of Effects and Processes*. Media Psychology, 2010. **13**(4): p. 387-416.

63. Medierådet, *Ungar & medier 2010*. 2010, Stockholm: Medierådet.
64. Findahl, O. and NORDICOM, *Barn och ungas medieanvändning i Internet-världen*. 2012, Göteborg: Nordicom.
65. Medierådet, *Småungar & medier 2010 : fakta om små barns användning och upplevelser av medier*. 2010, Stockholm: Medierådet.
66. *American Academy of Pediatrics: Children, adolescents, and television*. Pediatrics, 2001. **107**(2): p. 423-6.
67. Statistiska centralbyrån, *Undersökningarna av barns levnadsförhållanden (Barn-ULF)*. 2012.
68. Barr-Anderson, D.J., et al., *Does television viewing predict dietary intake five years later in high school students and young adults?* Int J Behav Nutr Phys Act, 2009. **6**: p. 7.
69. Lissner, L., et al., *Television habits in relation to overweight, diet and taste preferences in European children: the IDEFICS study*. Eur J Epidemiol, 2012.
70. Kelly, B., et al., *Television food advertising to children: a global perspective*. Am J Public Health, 2010. **100**(9): p. 1730-6.
71. Prell, H., et al., *Health discourse in Swedish television food advertising during children's peak viewing times*. Appetite, 2011. **56**(3): p. 607-616.
72. Olafsdottir, S., Flink, L., Oldberg, C., et al., *Presentation of foods in children's programs in Swedish public service TV*. Nordic Nutrition Conference 2012.
73. Maniccia, D.M., et al., *A meta-analysis of interventions that target children's screen time for reduction*. Pediatrics, 2011. **128**(1): p. e193-210.
74. Wahi, G., et al., *Effectiveness of interventions aimed at reducing screen time in children: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. Arch Pediatr Adolesc Med, 2011. **165**(11): p. 979-86.
75. Capacci, S., et al., *Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness*. Nutr Rev, 2012. **70**(3): p. 188-200.
76. WHO, *Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children*. 2010, World Health Organisation: Geneva.
77. Murcott, A., *Family meals - a thing of the past?*, in *Food, health and identity*, P. Caplan, Editor. 1997, Routledge: London.
78. Holm, L., *Family meals*, in *Eating patterns: A day in the lives of Nordic people.*, U. Kjaernes, Editor. 2001: Nation institute for consumer research, Norway.
79. Molander, S., *Mat, kärlek och metapraktik: en studie i vardagsmiddagskonsumtion bland ensamstående mödrar*. 2011, Stockholms universitet: Stockholm.
80. Anving, T., *Måltidens paradoxer: om klass och kön i vardagens familjepraktiker.*, in *Sociologiska institutionen*. 2012, Lunds universitet: Lund.
81. Widerberg, K., *Kvalitativ forskning i praktiken*. 2002, Lund: Studentlitteratur.

82. in *Handbok i kvalitativa metoder*, G. Ahrne and P. Svensson, Editors. 2011, Liber: Malmö.
83. Johansson, B. and E. Ossiansson, *Managing the everyday health puzzle in Swedish families with children*. Food and foodways, 2012. **20**(2): p. 123-145.
84. Cook, D., *Semantic provisioning of children's food: Commerce, care and maternal practice*. Childhood, 2009. **16**(3): p. 317-334.
85. Johansson, B., *Barn och konsumtionsmakt*, in *Konsumtionsmakt: Centrum för konsumtionsvetenskap 10 år*, H. Brembeck, Editor. 2011, Centrum för konsumtionsvetenskap: Göteborg.
86. Southerton, D. and M. Thomson, 'Pressed for time' - the differential impact of a 'time squeeze'. The Sociological Review, 2005: p. 215-239.
87. Thorstedt, S., *Måltidet i tidsfaelden? Måltispraxis og brug av faerdigmad i dagligdagen.*, in *Research report 2007:2*. 2007, Lunds univeritet: Lund.
88. Bava, C., R. Sara, and J. Park, *Constraints upon food provisioning practices in 'busy' women's lives: Trade-offs which demand convenience*. Appetite, 2009. **50**: p. 486-498.
89. Brembeck, H., *Cozy friday. An analysis of family togetherness and ritual overconsumption.*, in *The management of overflow in affluent societies.*, B. Czarniawska and O. Löfgren, Editors. 2012, Routledge: New York.
90. Devine, C., et al., 'A lot of sacrifices': Work-family spillover and the food choice coping strategies of low-wage employed parents. Social Science and Medicine, 2003. **63**: p. 2591-2603.
91. Rawlins, E., *Choosing health? Exploring children's eating practices at home and at school*. Antipode, 2009. **41**(5): p. 1084-1109.
92. Green, T., et al., *Making healthy families?*, in *Changing families, changing food*, P. Jackson, Editor. 2009, Palgrave Macmillan: New York.
93. Johansson, B., et al., *Proper food and a tight budget. German and Swedish parents reflecting on children, food and health*. Food, culture and society, Publiceras 2013.
94. Salonen, T. *Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2007*. Rädda barnen, nätpublikation. 2007 <http://shop.rb.se/Search/SearchResult.aspx?type=1&Searchstring=salonen>. (nedladdad 10 okt 2012)
95. WHO. *Obesity and overweight factsheet*. 2011; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>. (nedladdad 10 okt 2012)
96. Nestle, M., *Food marketing and childhood obesity--a matter of policy*. N Engl J Med, 2006. **354**(24): p. 2527-9.
97. Papas, M.A., et al., *The built environment and obesity*. Epidemiol Rev, 2007. **29**: p. 129-43.
98. Due, P., et al., *Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries*. Int J Obes (Lond), 2009. **33**(10): p. 1084-93.
99. Swinburn, B., T. Gill, and S. Kumanyika, *Obesity prevention: a proposed framework for translating evidence into action*. Obes Rev, 2005. **6**(1): p. 23-33.

100. Beaglehole, R., *Global cardiovascular disease prevention: time to get serious*. Lancet, 2001. **358**(9282): p. 661-3.
101. Oude Luttikhuis, H., et al., *Interventions for treating obesity in children*. Cochrane Database Syst Rev, 2009(1): p. CD001872.
102. Kumanyika, S., et al., *Obesity prevention: the case for action*. Int J Obes Relat Metab Disord, 2002. **26**(3): p. 425-36.
103. Jain, A., *Treating obesity in individuals and populations*. BMJ, 2005. **331**(7529): p. 1387-90.
104. Schwartz, M.B. and R. Puhl, *Childhood obesity: a societal problem to solve*. Obes Rev, 2003. **4**(1): p. 57-71.
105. Flynn, M.A., et al., *Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations*. Obes Rev, 2006. **7 Suppl 1**: p. 7-66.
106. Elinder, L.S., *Obesity, hunger, and agriculture: the damaging role of subsidies*. BMJ, 2005. **331**(7528): p. 1333-6.
107. Mello, M.M., D.M. Studdert, and T.A. Brennan, *Obesity--the new frontier of public health law*. N Engl J Med, 2006. **354**(24): p. 2601-10.
108. Bartholomew, L.K. and P.D. Mullen, *Five roles for using theory and evidence in the design and testing of behavior change interventions*. J Public Health Dent, 2011. **71 Suppl 1**: p. S20-33.
109. Swinburn, B., G. Egger, and F. Raza, *Dissecting obesogenic environments: the development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity*. Prev Med, 1999. **29**(6 Pt 1): p. 563-70.
110. Fixsen, D.L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M. & Wallace, F. , *Implementation Research: A Synthesis of the Literature*. . The National Implementation Research Network ed. F. Tampa. 2005, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute: FMHI Publication.
111. Sanigorski, A.M., et al., *Reducing unhealthy weight gain in children through community capacity-building: results of a quasi-experimental intervention program, Be Active Eat Well*. Int J Obes (Lond), 2008. **32**(7): p. 1060-7.
112. Economos, C.D., et al., *A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape Up Somerville first year results*. Obesity (Silver Spring), 2007. **15**(5): p. 1325-36.
113. De Henauw, S., et al., *The IDEFICS community-oriented intervention programme: a new model for childhood obesity prevention in Europe?* Int J Obes (Lond), 2011. **35 Suppl 1**: p. S16-23.
114. Marmot, M., *Introduction, in Social determinants of health* M. Marmot and R. Wilkinson, Editors. 2001, Oxford university press: Oxford.





# Forskning för en friskare generation

## Levnadsförhållanden, vanor och hälsosam vikt

Vi lever i ett fetmaframkallande samhälle. Det har gjort att barnfetman har fyrdubblats under relativt kort tid.

- Hur kan trenden vändas? Hur kan det bli lättare för föräldrar och barn att ha sunda vardagsvanor?
- Varför är hälsoproblemen ojämlikt fördelade i samhället?
- Skiljer levnadsvanor och hälsa mellan barn i Europa?
- Hur stor roll spelar tevereklamen?
- Vad tycker barn och föräldrar om vanor, vardag och hälsa?
- Vad kan man göra på en övergripande samhälls nivå, i skolan och i familjen?

I den här boken presenterar vi vad ny forskning kring levnadsvanor och levnadsförhållanden visar. Boken vänder sig främst till politiker men också till föräldrar och alla som arbetar med barn. Den är skriven av en grupp forskare med övertygelsen att forskningsresultaten kan komma till nytta i samhället.

ISBN

978-91-637-1845-8



Forskningsrådet för  
Arbetsliv och  
Socialvetenskap



GÖTEBORGS UNIVERSITET



VÄSTRA  
GÖTALANDSREGIONEN