



Att främja goda matvanor, fysisk aktivitet och självkänsla bland skolbarn

Utvärdering och lärdomar från Österåkerprojektet

Rapport 2013:1



Författare: Nelleke Heinemans, Maria Hagströmer, Jan Hagberg, Åsa Norman,
Liselotte Schäfer Elinder



Lay-out: Viktoria Jonze



Rapport 2013:1

ISBN 978-91-980442-4-9



Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin

Box 1497

171 29 Solna

Stockholm jan 2013

Rapporten kan laddas ner från
Folkhälsoguiden, www.folkhalsoguiden.se

Förord

Även om svenska barn och ungdomar har en god hälsa ur internationellt perspektiv, så är hälsoskillnaderna mellan barn och ungdomar med olika social bakgrund stora. Dessa hälsoskillnader återspeglar alltså föräldrarnas situation, uppväxtvillkoren och omgivningen, och bärs vidare i livet – hälsoskillnaderna består i vuxen ålder. En av de största faktorerna för hälsa och ohälsa är övervikt och fetma, som med relaterade faktorer som högt blodtryck, blodfetter och blodsocker påverkar riskerna för kroniska sjukdomar.

Det bästa sättet att uppnå en mer jämlik hälsa är därför att göra något åt den ojämlika hälsan så tidigt som möjligt, och bland annat hjälpa barn och unga till en hälsosam livsstil och vikt. Det är ett gemensamt samhälleligt ansvar att rusta alla barn och unga för att få en god hälsa nu och senare i livet. Detta är ett viktigt mål för landstingets handlingsprogram mot övervikt och fetma.

Den offentliga verksamhet som har störst möjligheter att påverka ungas hälsa är naturligtvis skolan. Forskningen visar att det är fullt möjligt att med olika åtgärdsprogram påverka och minska övervikt.

Österåkerprojektet som beskrivs i denna rapport har inte kunnat påvisa några effekter på elevnivå. Det betyder inte att arbetssättet var felaktigt eller att andra åtgärdsprogram inte kan lyckas bättre. Med större följsamhet till programmen och även utveckling och test av nya åtgärdsprogram finns alla möjligheter att finna de bästa vägarna att hjälpa barn och unga till bättre hälsa. Arbetet fortsätter.

Birgitta Rydberg (FP)
Sjukvårdslandstingsråd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Skolans hälsofrämjande roll.....	8
Vad säger forskningen om arbetet med goda matvanor och fysisk aktivitet i skolan?	9
Expertstyrning eller deltagarstyrning?	9
Metod och resultat	11
Beskrivning av interventionen	11
Planering och genomförande	11
Utvärdering.....	13
Utvärdering på skolnivå.....	13
Hälsoteam	14
Workshoppar.....	15
Skolhälsonyckeln (SHN)	16
Handlingsplaner.....	19
Insatser i skolornas handlingsplaner i relation till skolornas resultat på SHN.....	21
Utbildningar	22
Föräldraföreläsningar	23
Verktyslåda.....	23
Hälsöarbete i jämförelseskolor	24
Utvärdering på elevnivå	25
Bortfallsanalys.....	26
Vikt- och längddata	26
Hälsöenkät matvanor och fysisk aktivitet	29
Utvidgad enkät om självkänsla	31
Intervjuer med hälsoteam och kommunföreträdare.....	33
Resultat intervjuer hälsoteam och kommunföreträdare.....	34
Diskussion	38
Effekter på skolnivå.....	38
Effekter på elevnivå.....	39
Internationell utblick	41
För- och nackdelar med deltagarstyrning	42
Slutsatser	44
Lärdomar.....	45
Referenser	46
Bilagor	51
Bilaga 1. Flödesschema	51
Bilaga 2. Åtgärder ur skolornas handlingsplaner	52
Bilaga 3. Hälsöenkät vid eftermätningen, årskurs 7 kohort	54
Bilaga 4. Skillnader i frågeformulering i hälsöenkäten mellan baslinje och eftermätningen	58
Bilaga 5. Beskrivande data för hälsöenkätens utfallsvariabler för interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen för hela gruppen och för de olika kohorterna	59
Bilaga 6. Beskrivande data för hälsöenkätens utfallsvariabler för interventions- och jämförelsegruppen vid eftermätningen för hela gruppen och för de olika kohorterna	60
Bilaga 7. Interventionseffekter för hälsöenkätens utfallsvariabler för hela gruppen och för de olika kohorterna.....	61
Bilaga 8. Beskrivande data för utfallsvariabler i utvidgad enkät om självkänsla för interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen för hela gruppen och för de olika kohorterna ^s	62
Bilaga 9. Beskrivande data för utfallsvariabler i utvidgad enkät om självkänsla för interventions- och jämförelsegruppen vid eftermätningen för hela gruppen och för de olika kohorterna ^s	63

Sammanfattning

Det finns starka samband mellan utbildning och hälsa, och i skolan finns goda förutsättningar att nå alla barn genomkunskap och en hälsofrämjande miljö. Forskningen visar att det är möjligt att främja hälsosamma mat- och rörelsevanor genom skolbaserade program. Ledande experter inom området förespråkar ett deltagarstyrt angreppssätt, vilket innebär att de som berörs av interventionen deltar i planering, genomförande och utvärdering.

Österåkersprojektet påbörjades 2008 som ett modellprojekt i skolan med syftet att förbättra matvanor, fysisk aktivitet, självkänsla och tillfredsställelse med den egna kroppen hos barn 6–16 år och därigenom främja en normal viktutveckling. Den här rapporten beskriver programmet, effekter på skol- och elevnivå samt en processutvärdering. Nio skolor i kommunen valde att vara interventionsskolor medan övriga nio var jämförelseskolor (kvasiexperimentell design). Utvärderingen på skolnivå gav information om vilka insatser som planerades och genomfördes i interventionsskolorna, samt effekter på skolans arbetsrutiner och miljö med hjälp av en enkät (Skolhälsonyckeln). Det fanns säkerställda självrapporterade förbättringar i skolornas rutiner och miljö gällande fysisk aktivitet, mat och psykisk hälsa.

Tre kohorter av elever i årskurs 2, 4 och 7 i interventions- och jämförelseskolor jämfördes avseende matvanor, fysisk aktivitet, självkänsla, välbefinnande och längd och vikt vid baslinjen och efter två år. Effekten av interventionen analyserades statistiskt med regressionsanalys, justerad för elevernas baslinjevärden och kön. Efter två år sågs inga säkerställda positiva eller negativa effekter vad gäller matvanor, fysisk aktivitet, viktstatus och självkänsla som en följd av interventionen. Processutvärderingen som gjordes med hjälp av intervjuer med skolpersonal, beskriver programföljksamheten samt hinder och möjligheter för genomförandet.

Den uteblivna effekten på elevnivå, trots effekter på skolnivå, kan bero på att genomförandet av programmet i interventionsskolorna var för svagt då bara hälften av de planerade aktiviteterna genomfördes, på mätinstrument (enkäter) med för låg sensitivitet för att mäta förändringar, att eleverna hade en ganska god hälsa från början, eller att hälsoarbete pågick i jämförelseskolorna oberoende av projektet.

Lärdomar av projektet är bland annat att långsiktigt engagemang från kommunen, skolledningen och elevhälsan bör säkerställas så att projekt som dessa kan implementeras med hög följksamhet och på sikt integreras i ordinarie verksamhet; att behov på både skol- och elevnivå måste dokumenteras före hälsoarbetet påbörjas; och att skolorna behöver stöd i att arbeta evidensbaserat. Skolbaserade program erbjuder en stor potential att förbättra hälsan och inlärningen och att minska social ojämlikhet i hälsa. Fortsatt metodutveckling behövs.

Bakgrund

Svenska barns hälsa är generellt sett god i en internationell jämförelse. En ännu opublicerad jämförande studie bland åtta länder i Europa visar att svenska sexåriga barn hade högst andel av hög självskattad hälsa, den högsta andelen normalviktiga sexåringar och lägst andel med fetma (1). I den internationella studien Skolbarns hälsovanor visades att svenska 11-åringar ligger bland de lägsta när det gäller dålig självskattad hälsa (9%) med ett genomsnitt på 12 procent för alla länder, vilket senare ökar till 15 procent bland svenska 13-åringar och 15-åringar (2). I Sverige liksom i resten av västvärlden ser man dock stora sociala skillnader i hälsa, där barn till föräldrar med låg utbildning och inkomst generellt sett lever mer ohälsosamt och tar större hälsorisker jämfört med de med hög socioekonomisk status (2). Detta återspeglas i vuxen ålder där sociala skillnader i hälsa är tydliga och inte visar tecken på att minska (3).

Enligt Världshälsoorganisationen är matvanor och fysisk aktivitet och faktorer relaterade därtill såsom högt blodtryck, höga blodfetter och högt blodsocker bland de viktigaste påverkbara bestämningsfaktorerna för kroniska sjukdomar (4). Övervikt och fetma, som beror på en obalans mellan energiintag och energiförbrukning, innebär ett växande folkhälsoproblem globalt, så också i Sverige. Det medför minskad livskvalitet för individen och höga kostnader för hälso- och sjukvården, vilket är anledningen till att Stockholms läns landsting antog ett Handlingsprogram mot övervikt och fetma (5). När det gäller barn, som ännu inte har utvecklat sjukdom, ligger tonvikten snarare på hälsofrämjande arbete med en positiv betoning av hälsa och hälsans betydelse för att kunna förverkliga sina mål i livet.

Sedan 1980-talet har Sverige som alla andra utvecklade länder sett en dramatisk ökning i prevalensen av övervikt och fetma både bland barn och vuxna (6). Under det senaste decenniet har det skett en stabilisering på hög nivå bland barn (7–12). Fetma kan kopplas till ett ökande intag av energitäta livsmedel (13, 14) medan kopplingen till låg fysisk aktivitet inte är entydig (13). I den senaste nationella undersökningen av barn och ungdomars matvanor från 2003 åt barn i genomsnitt för mycket energitäta produkter, såsom godis, läsk, snacks och bakverk, medan intaget av frukt och grönsaker var lågt (15). Statistik från Jordbruksverket visar att konsumtionen av läsk och sötsaker har ökat under det senaste decenniet (16), men vi vet inte hur denna ökning är fördelad i befolkningen. Konditionen bland tonåringar har blivit sämre de senaste decennierna (17), vilket antagligen beror på en minskning av fysisk aktivitet. Det finns stora sociala skillnader i matvanor och fysisk aktivitet bland barn i Sverige (18) och i förekomsten av övervikt och fetma (19).

Undervikt är ett mindre problem i Sverige, men enligt internationella kriterier (20) visar en Stockholmsstudie från 2000-talet på en prevalens av 4–7 procent bland barn i åldern 11–18 år (21). Låg kroppsvikt är förknippat med låg muskel- och benmassa, vilket kan få negativa konsekvenser senare i livet, speciellt för kvinnor (22).

I dag finns en stor fixering vid kropp och utseende bland barn och ungdomar vilket har förstärkts i takt med mediernas kommersiella budskap överallt i samhället. Generellt sett önskar flickor att vara smala (23), medan pojkar önskar att vara muskulösa (24, 25). Avvikelser från detta kroppsideal resulterar för många tonåringar i låg självkänsla (23, 24). Det har därför betonats att det är viktigt att motverka en alltför stark fixering vid kropp och utseende när man pratar med ungdomar om mat- och rörelsevanor.

Skolans hälsofrämjande roll

Skolan som en hälsofrämjande arena har uppmärksammats i många internationella styrdokument för folkhälsoarbetet (26–28) och i Stockholms läns landstings handlingsprogram övervikt och fetma (5). I det senare poängteras skolans och speciellt elevhälsans betydelse i det förebyggande arbetet och man anser att alla skolor bör ha ett primärpreventivt program mot övervikt. Vidare sägs att programmet bör inkludera hela skolans verksamhet inklusive föräldrar och att elevhälsan bör ha en drivande roll (5).

Elevhälsan har till uppgift att följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa genom hälsofrämjande och förebyggande insatser.

Skolans kärnuppdrag är att stödja elevernas kunskapsutveckling. Men det finns så starka samband mellan hälsa, levnadsvanor och lärande (29) att hälsa borde vara en prioriterad uppgift för skolan. Sambandet går åt båda hållen, det vill säga utbildning ger god hälsa och en god hälsa ger bättre utbildning. Samband med skolprestation har setts när det gäller rökning, matvanor, alkohol, droger, fysisk aktivitet, övervikt och fetma samt sömnsvärigheter. När det gäller matvanor har flera kunskapsöversikter visat på starka samband mellan frukostätande, hälsa och lärande. Ett område som har studerats internationellt är sambandet mellan skolmåltider och lärande. Barn som äter skolmåltider äter generellt hälsosammare jämfört med barn som inte äter i skolan (30). I alla länder där det erbjuds måltider i skolan anges bättre inläring som ett starkt skäl för att servera måltiderna, även om evidensen för en sådan effekt i utvecklade länder är svagare jämfört med effekten i utvecklingsländer. Även för fysisk aktivitet finns ett starkt samband med skolprestation (31). Mycket tyder på att sambandet är kausalt, det vill säga att ökad fysisk aktivitet leder till bättre skolprestation genom ökad blodgenomströmning i hjärnan, minskad stress och bättre humör, vilket i sin tur leder till en lugnare miljö i klassrummet och därmed bättre förutsättningar för lärande. Det har därför uppmärksamats internationellt att tendensen att minska på antalet idrottstimmar är kontraproduktivt för inläringen (32).

Vad säger forskningen om arbetet med goda matvanor och fysisk aktivitet i skolan?

Det finns i dag ett stort antal utvärderade skolinterventioner för att främja goda matvanor, öka fysisk aktivitet och förebygga fetma bland barn, vilket också har diskuterats i en tidigare delarapport (33). Forskningen tyder på att så kallade flerkomponentsinterventioner ("comprehensive interventions"), där man kombinerar hälsoundervisning, stödjande miljöer och psykosocialt stöd samt involverar föräldrar är de mest effektiva (34–37). Även om man inte har kunnat identifiera ett specifikt program, sannolikt därför att skolförhållanden varierar så mycket inom och mellan länder och regioner, finns det i dag stöd för hypotesen att överviktsförebyggande är möjligt och att det inte resulterar i negativa effekter eller ökade sociala skillnader i hälsa (38). För att undvika att framkalla oönskad viktkontroll eller ätstörningar bland barn och unga rekommenderas att fokus i skolinterventioner alltid bör vara hälsofrämjande (39, 40). På så sätt undviker man också stigmatisering av redan överviktiga och feta barn. Vidare har det föreslagits inkludera insatser för att förbättra självkänsla och välbefinnande hos ungdomar och för att skapa en acceptans för att man ser olika ut (23).

Följande komponenter ingår i program som har visat god effekt: Hälsoundervisning, utökad undervisning i idrott och hälsa, förbättringar i skolans matutbud, att skapa en stödjande miljö för goda matvanor och fysisk aktivitet, fortbildning av skolpersonal, och att involvera föräldrar (38). Det finns också evidens för att flickor svarar bättre på kunskapsbaserade insatser och pojkar bättre på förändringar i skolmiljön (41, 42), vilket är ett ytterligare skäl till att satsa på båda typer av strategier.

Expertstyrning eller deltagarstyrning?

Ett problem i dagens folkhälsoarbete är att evidensbaserade metoder inte alltid används, att de används på fel sätt eller ofullständigt, att programmen förändras över tid, eller upphör helt (43, 44). Begreppet "följsamhet" uttrycker hur väl ett program följer sin programteori (45). Följsamheten utvärderas sällan, men är viktig för att förstå utfallet på individnivå (46–48).

Ett folkhälsoprojekt kan vara antingen expertstyrt, utgående från en väldefinierad manual, eller deltagarstyrt. Båda sätten har för- och nackdelar. Det första sättet är förknippat med hög följsamhet. Nackdelen är att det finns dåliga förutsättningar för vidmakthållande efter

projektets slut. Man får ett ”snyggt” resultat, men förutsättningarna för att arbetet ska fortsätta är små (49). När det gäller skolbaserade interventioner, så finns i dag starkt stöd för att ett deltagarstyrt angreppssätt med involverandet av berörda i planering, genomförande och utvärdering, är det bästa sättet (44, 49–51). En stor fördel med detta är att interventionen anpassas till lokala förhållanden och blir så att säga skräddarsytt för mottagaren. Detta förutsätter dock att det finns lokal kapacitet för hälsofrämjande arbete, vilken ofta är bristfälligt i skolan och som därför måste byggas upp genom fortbildning och coachning (43). Kapacitet har definierats som förmåga och motivation att identifiera, prioritera, planera, implementera, utvärdera och vidmakthålla hälsointerventioner (52). I Australien, där man i dag har stor erfarenhet av överviktsförebyggande program för barn förespråkar ledande forskare att man frångår starkt expertstyrda interventioner med hög intensitet över kort tid (<12 månader) därför att de är svåra att vidmakthålla (53). En bred ansats rekommenderas med hög grad av deltagarstyrning integrerat i kommunens övriga verksamhet och med anpassning till lokala förhållanden.

Forskningen kring vidmakthållande indikerar att det har större betydelse hur användarna uppfattar nyttan med ett program än hur effektivt det är i verkligheten (50). Har man själv medverkat till utformningen torde det ge bättre förutsättningar för en positiv syn och upplevelse av programmet. Nackdelen med ett deltagarstyrt angreppssätt är en viss oförutsägbarhet, att insatserna varierar från skola till skola, med risk för en försvagning av resultatet vilket i sin tur försvårar tolkningen. Dessutom kan projektet sätta igång andra saker på skolorna som projektledningen inte har kontroll över och många gånger inte heller kunskap om, det börjar så att säga leva sitt eget liv. Sammanfattningsvis, för att uppnå både effektivitet och vidmakthållande gäller det för projektledningen att balansera mellan ett program med evidensbaserade komponenter å ena sidan och ett lokalt anpassat program som bygger på lokala behov där deltagarna är med och styr å andra sidan.

Österåkerprojektet påbörjades 2008 inom ramen för Handlingsprogrammet övervikt och fetma som ett modellprojekt för hur skolan kan involveras i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Vi valde ett deltagarstyrt angreppssätt, som tillät skolorna att hitta egna lösningar för att främja goda matvanor, öka fysisk aktivitet och öka självkänslan bland grundskolebarn, men inom ramen för ett ramverk som bygger på forskning. Själva programmet och bakgrunden till det har beskrivits i delrapport 1 (33). Vi definierar projektet som en implementering av evidensbaserad kunskap och kallar det på engelska Stockholm County Implementation Programme-school (SCIP-school). I denna rapport beskriver vi programmets innehåll, samt dess effekter på skol- och elevnivå. Vidare presenterar vi en processutvärdering som inkluderar programföljsamhet samt en intervjustudie där faktorer av betydelse för implementeringen har undersökts. Utifrån våra fynd drar vi slutsatser och lärdomar för det framtida hälsofrämjande arbetet i skolan för goda matvanor och fysisk aktivitet.

Metod och resultat

Beskrivning av interventionen

Arbetsättet och innehållet av projektet har beskrivits tidigare (33). Det övergripande syftet med Österåkersprojektet var ”att förbättra matvanor, fysisk aktivitet, självkänsla och tillfredsställelse med den egna kroppen hos barn 6–16 år och därigenom främja en normal viktutveckling.”

Projektet går ut på att genomföra ett program i skolan bestående av flera komponenter. I det följande likställs begreppet program och intervention. Utgångspunkten för planeringsarbetet var att programmet skulle fortleva efter projektets slut. Utmaningen var därför att skapa en långsiktig förändring på organisationsnivå, genom att höja skolornas motivation och förmåga att arbeta hälsofrämjande (”capacity-building”). För att uppnå detta valdes en hög grad av deltagarstyrning, det vill säga berörd skolpersonal formulerade egna handlingsplaner utifrån en självbedömning av skolans hälsoarbete.

Programmet genomfördes i Österåkers kommun, där nio grundskolor deltog i interventionen medan de övriga nio var jämförelseskolor. Österåkers kommun är en kommun med 39000 invånare. Kommunen har något högre socialekonomisk status, medellivslängd och sysselsättningsgrad än svenskt genomsnitt, medan andelen invånare med utländsk bakgrund är lägre. Data för varje skola visas i Tabell 1. Anledning till att interventionen genomfördes i Österåkers kommun var att det fanns ett stort intresse för hälsofrågor i kommunen och att en utbildningssatsning med fokus på hälsosamma mat- och rörelsevanor bland barn efterfrågades. Mer om Österåkers kommun finns att läsa i delrapport 1 (33).

Tabell 1. Demografiska data från interventionsskolorna, från Österåkers kommun och Sverige					
Skola	Barnens ålder	^s Antal elever	Andel med utländsk bakgrund	Andel föräldrar med eftergymnasial utbildning ^{§§} %	Prevalens övervikt och fetma (10-års ålder) ^{§§§} %
A	6–12	225	50	36	30
B	6–12	76	Saknas	32	20
C	6–12	70	<10 elever	82	saknas
D	6–12	176	<10 elever	52	9
E	6–12	323	7	50	28
F	6–16	459	6	57	21
G	6–16	768	16	47	9
H	6–10	213	7	63	saknas
I	6–12	317	6	83	14
Österåkers kommun	6–16	4,610	10	54	21
Sverige	6–16	991 991	18	49	17 ^{§§§§}

§ Barnet och/eller båda föräldrar födda utomlands (Skolverket, statistik från 2009/2010)

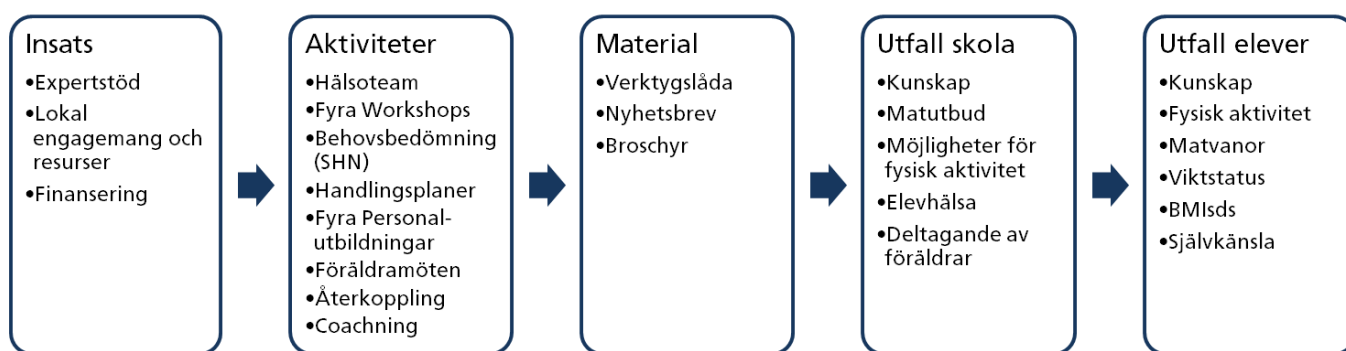
§§ Åtminstone en föräldrar har eftergymnasial utbildning (Skolverket, statistik från 2009/2010)

§§§ Data från Österåkers elevhälsa, elever i årskurs 4 år 2008/2009

§§§§ 7–9 år gamla barn, enligt Sjöberg et al.(11)

Planering och genomförande

En programteori utformades för att beskriva den hypotetiska orsakskedjan i interventionen (Figur 1). I figuren synliggörs inflödet av resurser (personal/ekonomiska), de aktiva momenten och de förväntade utfallen på skolnivå och elevnivå. Totalt rymmer programmet sex interventionskomponenter/aktiviteter och två implementeringskomponenter (coachning och återkoppling) (Figur 1).



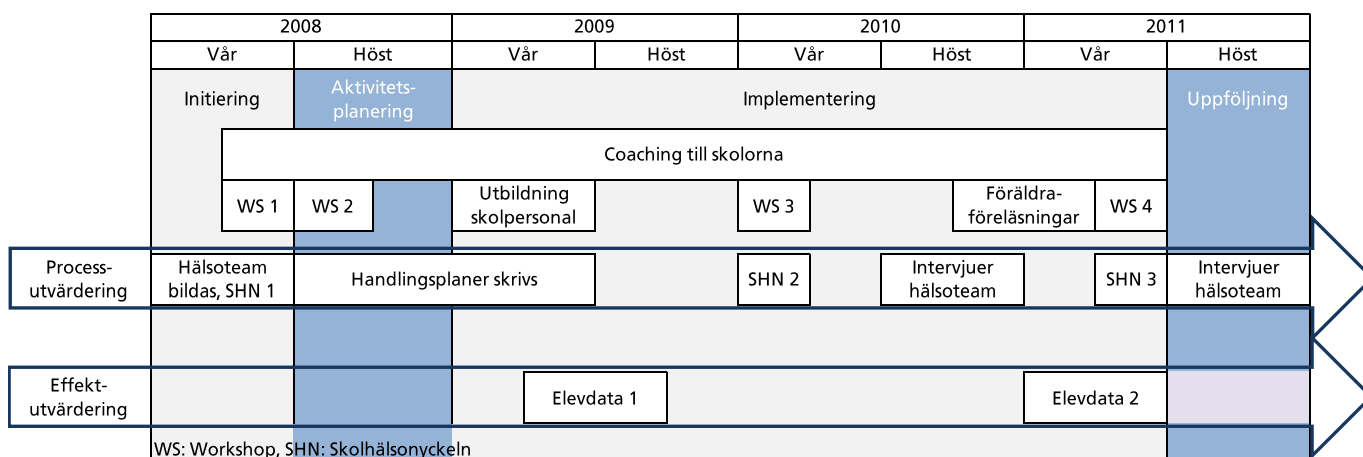
Figur 1. Österåkersprojektets programteori

Efter att styrgruppen hade träffats och fastlagt det övergripande målet med programmet samt färdigutvecklat Skolhälsonyckeln (SHN) (54) sattes det praktiska arbetet igång på skolorna direkt efter skolstart i augusti 2008.

Varje skola bildade ett hälsoteam. Hälsoteamet bestod av olika personalkategorier och syftade till att öka samverkan på skolan och ge ett delat ägarskap för hälsofrågorna.

Fyra workshoppar ägde rum under projekttiden där skolornas hälsoteam kunde träffa både andra skolor inom projektet och projektledningen. Workshopparna hade olika inriktningar relaterade till i vilken fas man befann sig i projektet. På den första workshoppen genomfördes en självbedömning av skolans hälsoarbete med hjälp av SHN. Den andra innehöll en presentation av verktyg och metoder som kunde användas i skolorna beroende på vilka mål skolorna hade satt för sitt hälsoarbete. Vid den andra workshoppen började hälsoteamen formulera handlingsplaner för sitt hälsoarbete. Vid den tredje workshoppen ombads hälsoteamen att ta med exempel från sitt arbete med hälsoprojektet, både lyckade satsningar med beskrivningar av hur man gått till väga och insatser som av olika anledningar inte gått att genomföra. Syftet var att sprida goda exempel och kunna ge stöd i varandras svårigheter. Den fjärde workshoppen sammanföll med avslutningen av projektet och gav möjlighet att diskutera hur projektet hade gått och hur hälsoarbetet kunde fortsätta i framtiden.

En viktig interventionskomponent var den självbedömning av skolans hälsoarbete som genomfördes med hjälp av SHN. Detta gjordes tre gånger under projektet av hälsoteamen. Syftet var att bidra till att utveckla delaktighet och en samsyn på hälsofrågorna och hur situationen var på skolan. Diskussionerna inom teamen hade därför ett värde i sig och var en central komponent i programmet och utvecklingen av skolans handlingsplan.



Figur 2. Tidsplan för aktiviteter och utvärdering av Österåkersprojektet

Handlingsplanerna skrev hälsoteamen utifrån självbedömningen med hjälp av SHN. Teamen instruerades att utgå från skolornas svagheter. Handlingsplanerna var den centrala komponenten i programmet och det var här som skolorna skilde sig åt genom att inkludera olika typer av insatser inom SHN:s olika moduler. Skolorna fick instruktioner att utveckla så kallade "SMARTA" mål, det vill säga Specifika, Mätbara, Acceperade, Realistiska, Tidsplanerade och Användbara samt att stämma av handlingsplanen med hela personalgruppen. Projektledningen gav feedback och förslag på tillägg och förtydliganden, men höll i övrigt en låg profil för att inte förstöra känslan av att det var skolans egen plan.

Fyra olika utbildningar med tema mat, fysisk aktivitet, utepedagogik, psykisk hälsa & självkänsla genomfördes under 2009 för att höja personalens kunskaper. En verktygslåda fanns tillgänglig i skolan med förslag på material och metoder för att främja matvanor, fysisk aktivitet och självkänsla utan krav på att skolorna skulle använda just dessa verktyg.

I varje skola organiserades föräldraföreläsningar, där hälsoteamen berättade om skolans hälsoarbete och där projektledningen gav en föreläsning om hälsa med fokus på nyttiga matvanor och olika informationsbroschyrer delades ut till föräldrarna.

Utvärdering

För att utvärdera programmet har både en process- och effektutvärdering genomförts (Figur 2). Processutvärderingen ger information om hur hälsoteamen på skolorna var sammansatta, om skolan hade en handlingsplan, vilka insatser som handlingsplanen innehöll och i vilken omfattning insatserna genomfördes (följsamhet). SHN användes inte enbart med syfte att höja medvetandet på skolorna och starta ett hälsoarbete på skolorna, utan även för att mäta effekter på skolnivå, dock enbart på interventionsskolorna. Dessutom genomfördes en intervjustudie för att undersöka vilka hinder och möjligheter skolorna hade upplevt under projektets gång.

En effektutvärdering på elevnivå genomfördes för att utvärdera om programmets mål kunde uppnås, vilket innebär en ökad andel elever med hälsosamma mat- och rörelsevanor samt en normal viktutveckling och bättre självkänsla.

Studien har godkänts av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholms län (dnr 2009/280-31/5).

Utvärdering på skolnivå

Utvärderingen av Österåkersprojektet har en kvasiexperimentell design. Rektorerna från alla arton grundskolor i Österåkers kommun fick en muntlig presentation av projektet och

möjlighet att delta. Detta erbjudande togs emot av nio skolor, interventionsskolorna. Elevdata från övriga nio skolor användes som jämförelsedata på elevnivå (flödesschema finns i Bilaga 1).

Hälsoteam

Före projektstarten uppmanades de deltagande skolorna att bilda ett hälsoteam bestående av en blandad personalgrupp med representanter från elevhälsan, måltidsverksamheten, idrottslärare, fritidspersonal, ämnes- och klasslärare samt gärna representant från skolledningen.

Av centralt intresse för utvärderingen var att få veta hur arbetssättet med hälsoteam hade fungerat under projekttiden. Därför genomfördes under hösten 2010 en intervjustudie för att undersöka bland annat den frågan. Semi-strukturerade intervjuer genomfördes utifrån ett intervjuunderlag med hälsoteamen i interventionsskolorna. Intervjuerna utfördes på skolan och samtalen bandades. Antalet deltagare varierade från en till fyra personer, i de flesta fallen var tre personer närvarande vid intervjuerna. De personalkategorier som deltog i intervjuerna var pedagoger, rektor samt arbetslagsledare/utbildningsledare. Kökschef och skolsköterska deltog i ett fåtal fall.

Representanter för sju av projektets nio skolor intervjuades på plats (A, D, E, F, G, H, I). En telefonintervju gjordes med en skola (C), som inte skrev någon handlingsplan, för att få information om hälsoteamets utveckling. Teamet på en annan skola (B) ställde vid två tillfällen in den inbokade intervjun och besvarade i februari 2011 skriftligen frågorna.

Frågor rörde teamens sammansättning, hur många träffar teamdeltagarna haft, samt vilket stöd de hade fått från rektor och elevhälsan.

Resultat hälsoteam

Samtliga skolor bildade ett hälsoteam vid projektets start, men sammansättningen förändrades under projekttiden. Antalet deltagare i hälsoteamet vid projektets start varierade mellan tre i den minsta skolan (C) till elva personer (G). I december 2010 hade det genomsnittliga antalet representanter i hälsoteamen krympt till fem personer, varierande mellan noll personer i en skola (C) som inte längre hade något hälsoteam till sju personer (B, E, G). Antalet teamdeltagare minskade i alla skolor utom en (D) under tidsperioden.

De personalkategorier som ingick i teamen inkluderade rektor, lärare inom olika ämnen, fritidspersonal, skolsköterska, måltidsverksamhet, förskolelärare, skolpsykolog, utbildningsledare samt arbetslagsledare. Sammansättningen av personal förändrades i samtliga hälsoteam under projekttiden. Skolsköterska och skolpsykolog, i den mån de ingick från början, är personalkategorier som lämnade hälsoteamen på grund av andra påträngande arbetsuppgifter. Rektorerna stannade ofta kvar som aktiva inom teamen, i två av skolorna tillkom rektor senare och visade engagemang för teamens hälsoarbete. En personalkategori som ökade under projekttiden var pedagoger från förskolan/förskoleklassen (Tabell 2).

Samtliga hälsoteam hade en samordnare. Funktionerna för denna var i de flesta fall att samordna internt gentemot teamet samt externt gentemot resten av skolan och projektledningen på Karolinska Institutet/Stockholms Läns Landsting (KI/SLL). I inget av teamen har funktionen inneburit ett samordningsansvar gentemot kommunen.

Tabell 2. Beskrivning av hälsoteamen före och mot slutet av interventionen

Hälsoteam	Augusti 2008	December 2010
Antal deltagare i genomsnitt	7 (3–11)	5 (0–7)
(Biträdande) rektor	C, E, F, G, H, I	A, D, E, F, G, H, I
Arbetslagsledare/Utbildningsledare	I	F, I
Lärare	A, B, D, E, F, G, H	A, B, D, E, F, G, H
Idrottslärare	A, B, C, D, E, F, G, H, I	A, B, E, I
Fritidspedagog	B, C, E, F, H, I	B, D, E, F, I
Måltidspersonal	A, B, E, F, H, I	A, B, D, E, G, H
Skolsköterska	A, B, D, E, F, G, I	E, I
Psykolog	D, G	
Särskola/KÖV-grupp*	E	E, G
Förskolelärare/förskoleklass	B	B, D, F, G

*KÖV-grupp: kommungemensam särskild undervisningsgrupp som riktar sig till elever med tal- och språksvårigheter, neuropsykiatriska svårigheter, såsom exempelvis Aspergers syndrom, och andra funktionshinder.

Anledningen till att personalkategorier lämnade hälsoteamen var att personal slutade, fick andra arbetsuppgifter, blev sjukskrivna eller att elevunderlaget minskade. Vidare uppgavs tidsbrist och schemaläggningar som skäl till att de inte längre kunde medverka i teamet. I ett fall var skälet att ”projektet var för abstrakt”. Skäl till att personal tillkommit kunde vara att ”rektor ville vara med”.

Antalet protokollförda träffar som teamen hade under projektperioden varierade från ungefär en träff per månad till en träff varannan månad. Utöver de protokollförda träffarna fördes i vissa fall en löpande dialog mellan mötena och mindre grupper arbetade med specifika uppgifter. Under perioder med speciella hälsosatsningar ökade antalet träffar till en träff per vecka.

Fyra av de sju intervjuade skolorna (A, D, G, I) hade ungefär samma antal träffar som vid projektets början, medan det i tre skolor (E, F, H) blev färre träffar under projektets gång. En skola (H) hade inga protokollförda möten sedan höstterminen 2009, och en skola (F) inga under höstterminen 2010.

Teamdeltagarna upplevde i de flesta fall att de fick stöd från rektor, vilket varierade mellan att ”vara positivt inställd” till att ”vara drivande” och ”aktivt medverkande”. I flera skolor ansågs stöd från rektor eller biträdande rektor som nödvändigt för ett fungerande arbete i hälsoteamet.

Stödet från elevhälsan var betydligt svagare. Skolsköterskan deltog på många skolor i uppstarten av projektet, men senare i mindre utsträckning. Vid intervjuerna framkom att det varit en stor omsättning av skolsköterskor på skolorna, något skäl till detta gavs dock inte. Den svininfluensa-vaccinering som skolsköterskorna i Österåker fick genomföra med mycket kort varsel under vinterhalvåret 2009/2010 tog mycket tid från det övriga hälsoarbetet. För att undersöka vad som fanns kvar av hälsoteamen under våren 2012 gjordes en kort telefonintervju med skolornas rektorer. På två skolor (A, B) fanns teamet kvar men var vilande. Fyra skolor svarade att teamet inte fanns kvar (C, E, F, H). Vi fick ingen information från tre skolor (D, G, I).

Workshoppar

Fyra workshoppar ägde rum mellan augusti 2008 och maj 2011. Vid den första workshoppen gavs en översikt över projektet samt en introduktion till SHN och de fyra modulerna och därefter arbetade teamen var för sig med sin självbedömning (se nedan). Under tiden fram till den andra workshoppen uppmanades teamen att börja fundera på mål för de förändringar som de ville att skolan skulle genomföra.

Vid den andra workshoppen arbetade teamen med sin handlingsplan och projektledningen presenterade verktyg och metoder som kunde användas av teamen och den övriga skolpersonalen i det hälsofrämjande arbetet. Teamen uppmanades också att göra en tidsplanering för insatserna, som skulle mynna ut i en handlingsplan för det kommande arbetet med SMARTA mål. I samband med de två första workshopparna gjordes det tydligt att det var viktigt att projektet förankrades inom hela skolan så att hela personalstyrkan och eleverna skulle vara införstådda med det kommande hälsoarbetet. För att underlätta förankringen fick teamen ett informationsblad med förankringstips att använda gentemot kollegor, elever och föräldrar (finns i delrapport 1).

Vid den tredje workshoppen i mars 2010 ombads hälsoteamen att presentera sin handlingsplan i form av en poster med beskrivningar av både lyckade satsningar och hur man gått till väga samt insatser som av olika anledningar inte gått att genomföra. Teamen delades upp i tvärgrupper så att varje skola var representerad i alla grupper. Syftet var att sprida goda exempel och kunna ge stöd i varandras svårigheter. Att döma av kommentarerna i utvärderingen av workshoppen tyckte deltagarna att detta arbetssätt med diskussioner i mindre grupper var mycket bra och att det var givande att utbyta erfarenheter och idéer. Workshoppen tjänade också till att öka motivationen och deltagarna uttryckte att de blivit mer medvetna om allt bra de gjort och åstadkommit.

Vid den fjärde workshoppen i maj 2011 var förutom hälsoteamen i skolorna även representanter från Österåkers kommun inbjudna (politiker och tjänstemän). Syftet med workshoppen var att lyfta fram erfarenheterna från Österåkersprojektet och diskutera hur hälsoarbetet i skolorna i kommunen skulle kunna vidmakthållas och utvecklas vidare. Workshoppen genomfördes i helgrupp med presentationer och möjlighet till gemensam diskussion. Vid workshoppen presenterade flera skolor sitt hälsoarbete och från kommunens sida uttrycktes ett intresse att vidmakthålla programmet i kommunen.

Skolhälsonyckeln (SHN)

Vid den första workshoppen vid projektets start i augusti 2008 uppmanades hälsoteamen att använda den så kallade skolhälsonyckeln SHN (54), ett verktyg inspirerat av School Health Index (55) för att göra en samlad bedömning av skolans hälsoarbete. Denna bedömning gjordes endast i interventionsskolorna och alltså inte i jämförelseskolorna, då den var en del av interventionen. SHN innehåller frågor om skolrutiner och skolaktiviteter kring övergripande hälsoarbete (8 frågor), mat (16 frågor), fysisk aktivitet (14 frågor) och psykisk hälsa (13 frågor) och leder till en poängbedömning som visar på skolans styrkor och svagheter inom varje modul. Varje fråga besvarades på en skala med fyra alternativ, varierande mellan 0 (insatsen finns inte), 1 (insatsen planeras för närvarande), 2 (insatsen genomförs delvis) och 3 (insatsen genomförs helt)(33). För varje modul beräknades totalsumman genom att summera skolans poäng inom modulen, dividera summan med högst möjliga poäng för varje modul och multiplicera med 100. På samma sätt beräknades totalsumman för alla moduler.

En revidering av SHN gjordes efter första mätningen då hälsoteamen ombads att besvara frågor om verktygets användbarhet och omfattning. Målsättningen för revideringen var att verktyget efter detta skulle förbli intakt för att kunna följa skolornas hälsoarbete över tid. Revideringen ledde till mindre förändringar på modulerna om övergripande hälsoarbete, fysisk aktivitet, samt mat och måltider. Modulen som handlade om psykisk hälsa genomgick större förändringar och antalet frågor fördubblades. Mer om revideringen finns att läsa i den första delrapporten (33). Skolorna besvarade frågorna vid ytterligare två tillfällen, ett och två år efter att de hade fyllt i verktyget första gången. Efter den andra mätningen med SHN gjordes mindre revideringar av några enstaka frågor, samtidigt som några enstaka frågor lades till. De nya frågorna ingår dock inte i poängberäkningen.

I analysen av SHN togs hänsyn till de större revideringarna av verktyget. Om en fråga hade tagits bort från SHN, togs inte denna fråga med i poängberäkningen på någon utav mätningarna. Om en fråga hade genomgått en större förändring, togs skolornas poäng vid baslinjemätningen bort.

Skillnader i SHN-poäng mellan baslinjemätningen och båda eftermätningarna (2010 och 2011) analyserades med Wilcoxon Signed Ranks Test. Både totalpoäng och poäng för de olika modulerna beräknades. Vissa frågor, som inte gick att jämföra mellan de olika mättillfällena räknades inte med. För att testa eventuella doseffekter av programmet beräknades skillnaden i poäng mellan de mest aktiva skolorna (bedömd efter antal genomförda åtgärder, se Tabell 4, 4–6 åtgärder) och de mindre aktiva (0–3 åtgärder) och analyserades med Mann-Whitney U-test.

Resultat SHN

Resultat av SHN:s baslinjemätning samt båda eftermätningarna visas i Tabell 3. Redan vid baslinjen får skolorna relativt höga poäng. Efter ett år hade poängen signifikant förbättrats för modulerna fysisk aktivitet ($p = 0,044$), psykisk hälsa ($p = 0,012$), samt totalpoäng ($p = 0,021$). Efter två år hade poängen sjunkit lite igen för alla moduler förutom mat, vilket resulterade i signifikanta förbättringar efter 2 år för modulerna mat ($p = 0,021$), psykisk hälsa ($p = 0,012$) och totalpoängen ($p = 0,038$) jämfört med baslinjemätningen.

Tabell 3. Poäng på SHN:s fyra moduler vid baslinjemätningen, efter 1 och 2 år§			
Modul	Baslinje	Eftermätning 2010	Eftermätning 2011
Övergripande hälsoarbete	72	77	68
Mat	73	81	82*
Fysisk aktivitet	66	76*	72
Psykisk hälsa	57§§	74*	68*
Totalpoäng	65	75*	72*

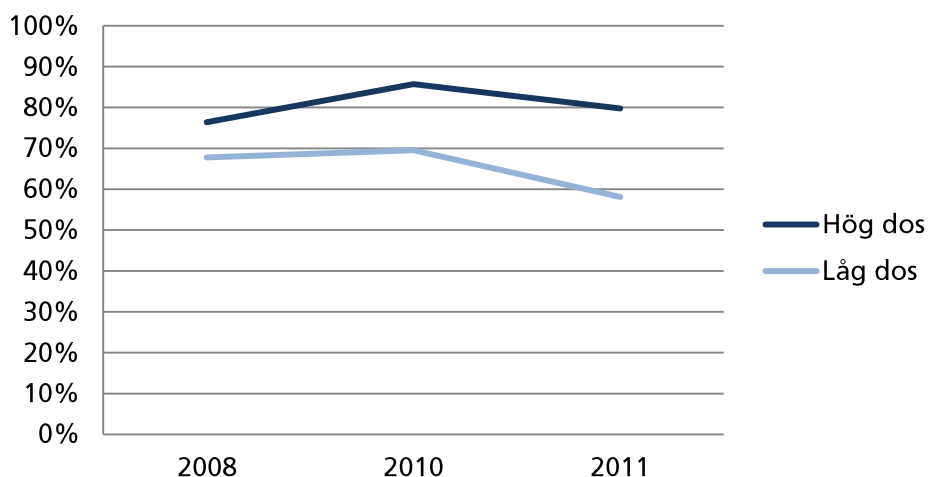
* Signifikant skillnad mellan baslinje och eftermätning, $p < 0,05$

§ Poängen för varje modul summerades för varje skola, dividerades med modulens högst möjliga poäng vid mättillfället och multiplicerades med 100. Tabellen visar medelvärdet av alla nio interventionsskolor

§§ Poängen baseras på färre frågor jämfört med båda eftermätningarna

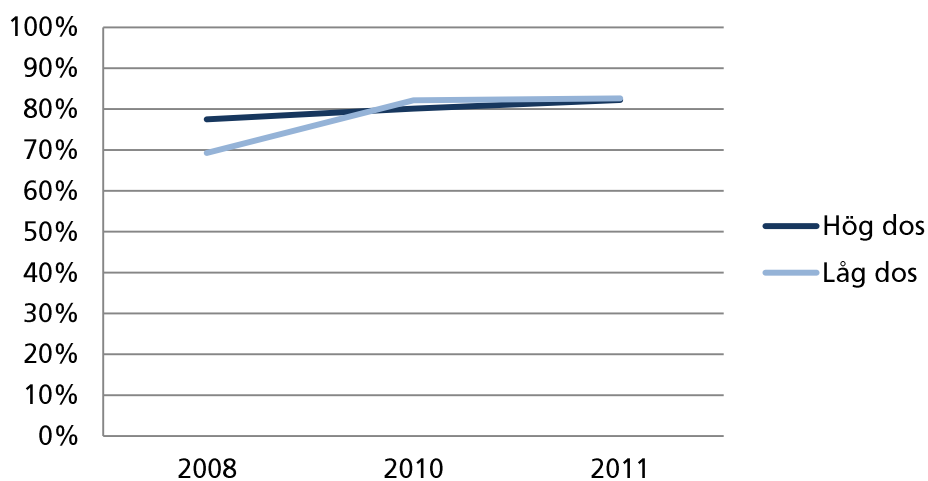
De mest aktiva interventionsskolorna jämfördes med de mindre aktiva för att se om det fanns doseffekter av programmet vad gäller resultatet av SHN. Definition av dosen gjordes utifrån antalet fullt implementerade insatser i handlingsplanen (se Tabell 4) som skolorna hade genomfört med ett valt gränsvärde på 0–3 insatser för låg dos och 4–6 insatser för hög dos. Fyra skolor (A, D, E, I) tillhörde enligt denna klassifikation hög-dosgruppen. Dessa skolor förbättrade sina SHN-poäng på modulerna övergripande hälsoarbete, fysisk aktivitet och psykisk hälsa, samt totalpoängen (Figur 3a–d) i högre grad än de övriga interventionsskolorna. Skillnaderna kunde emellertid inte säkerställas statistiskt.

Skolhälsonyckeln hälsoarbete



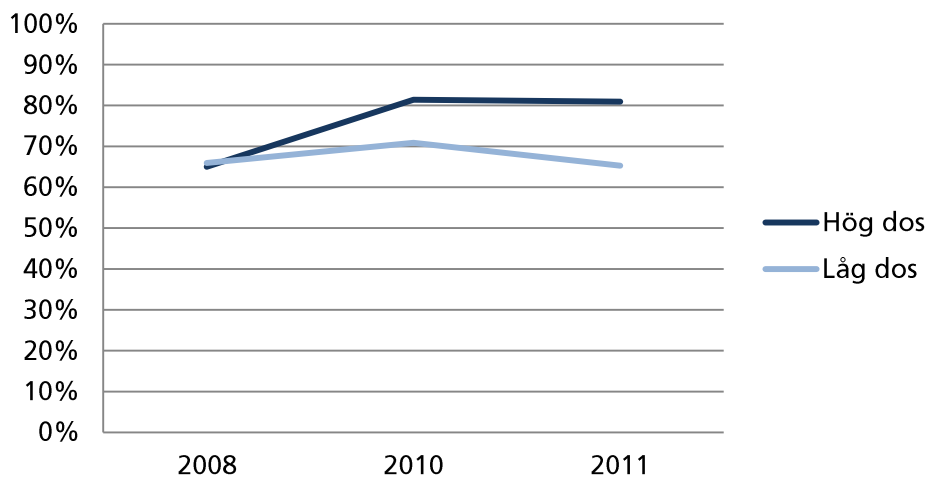
Figur 3a. Skolornas genomsnittliga poäng på SHN:s modul om övergripande hälsoarbete, jämförelse mellan skolor med hög respektive låg dos av interventionen

Skolhälsonyckeln mat



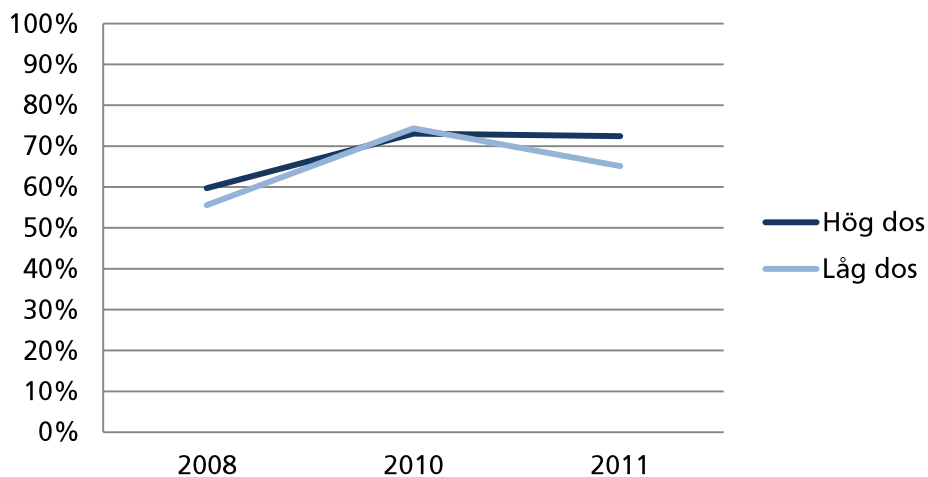
Figur 3b. Skolornas genomsnittliga poäng på SHN:s modul om mat och måltider, jämförelse mellan skolor med hög respektive låg dos av interventionen

Skolhälsonyckeln fysisk aktivitet



Figur 3c. Skolornas genomsnittliga poäng på SHN:s modul om fysisk aktivitet, jämförelse mellan skolor med hög respektive låg dos av interventionen

Skolhälsonyckeln psykisk hälsa



Figur 3d. Skolornas genomsnittliga poäng på SHN:s modul om psykisk hälsa, jämförelse mellan skolor med hög respektive låg dos av interventionen

Handlingsplaner

Vid den andra workshoppen i september 2008, då skolorna hade gjort sin självbedömning, fick hälsoteamen instruktion om att skriva en handlingsplan. Efter varje modul i SHN följde tre planeringsfrågor där hälsoteamen ombads att 1) definiera skolans styrkor och svagheter utifrån poängen på modulen, 2) identifiera vilka åtgärder som behövdes för att förbättra svagheterna samt 3) att skriva en handlingsplan med SMARTA mål med åtgärderna som beskrivits i fråga 2.

Handlingsplanen skulle innehålla åtgärder som skolan ville prioritera samt information om hur de ville gå tillväga. Projektledningen uppmanade hälsoteamen att välja åtgärder i åtminstone tre av de fyra modulerna. Projektgruppen lämnade även feedback på skolornas ursprungliga handlingsplaner, varefter hälsoteamen fick möjlighet att komplettera eller ändra sina handlingsplaner fram till våren 2009.

På hösten 2010 utvärderades i vilken grad de olika åtgärderna hade blivit genomfördagenom intervjuer med hälsoteamen. Med hjälp av en checklista bad intervjuaren hälsoteamen att bedöma om åtgärden inte hade blivit implementerad (0 poäng), om diskussioner hade funnits för att implementera åtgärden (1 poäng), om skolan hade genomfört sporadiska aktiviteter (2 poäng) eller om åtgärden hade blivit implementerad i sin helhet (3 poäng). Skolan (B) som svarade skriftligt på enkätfrågorna använde en bifogad bedömningsmall; svar som ”ja”, ”diskussioner pågår” har därför bedömts av projektledningen utifrån de skriftliga svaren.

Hälsoteamen fick även ange skäl till varför de lyckats eller inte lyckats och om eleverna hade varit delaktiga vid planeringen eller implementeringen eller om de hade nåtts av de föreslagna aktiviteterna i handlingsplanen.

Resultat handlingsplaner

Alla skolor hade färdigställt sina handlingsplaner på våren 2009, förutom en (C). Totalt hade skolorna planerat för 56 insatser som kunde delas in i 20 olika kategorier (Tabell 4). De förslag på insatser som gjorts i teamens handlingsplaner varierade mycket i typ och inriktning. Några exempel finns beskrivna i Bilaga 2.

Eleverna hade inte varit delaktiga vid planeringen av projektets aktiviteter, förutom vid två skolor där de till viss del varit delaktiga (B, D), till exempel genom att elevrådet hade kommit med förslag på aktiviteter. I fyra skolor (A, B, F, G) hade eleverna inte alls varit delaktiga i implementeringen av projektets aktiviteter. Elevernas delaktighet i implementeringen i de övriga fyra skolor (D, E, H, I) varierade. På en skola hade elevrådet läst matpolicyn (H); på en annan skola hade eleverna gjort elevarbeten med tema hälsa (I). Vid två skolor hade elever fått möjlighet att diskutera nuvarande situation och ge önskemål om förändringar (D, E). Alla skolor ansåg att eleverna hade nåtts av aktiviteterna, även om insatserna i en skola (H) främst var inriktade på de vuxna.

Av alla 56 insatser blev 27 helt implementerade enligt skolornas bedömning. Skolorna A, D, E och I hade genomfört flest insatser och definierades därför som ”mest aktiva”, medan en skola (F) inte lyckades genomföra någon insats i sin helhet.

Tabell 4. Innehåll och implementering av handlingsplaner efter 2 år§

Åtgärder	Skolor med åtgärd i handlingsplan	Skolor med full implementering av åtgärd efter 2 år
Övergripande hälsoarbete		
Kunskap, förhållningssätt och samverkan skolpersonal	A, B, D, H, I	H, I
Samverkan föräldrar	A, B, D, E, I	A, D, I
Utveckling av elevhälsan	H	
Kunskap/attityder elever	A	
Mat		
Kunskap/attityder elever	A, B, D, E, I	A, D, E, I
Matutbud	E, F, H, I	E, H, I
Matsalsmiljö och schemaläggning lunch	D, G	D, G
Kunskap, förhållningssätt och samverkan skolpersonal	A	
Fysisk aktivitet		
Utemiljö	A, D, E, F, I	B, D, E
Aktiviteter och lekar	A, B, D, E, I	A, B
Utomhuspedagogik	D, G, I	
Målsättning rastverksamhet	D, E, G	
Aktiv transport till skolan	E	E
Ansvarsgrupp för fysisk aktivitet	B	
Kunskap/attityder elever	E	
Samverkan med idrottsföreningar	A	A
Psykisk hälsa		
Självkänsla i undervisningen	B, D, G, I	G, I
Media och genus i undervisningen	B, D, H	
Empatisk förmåga i undervisningen	D, E	D, E
Kunskap, förhållningssätt och samverkan skolpersonal	E, H, I	E, I
Totalt antal åtgärder	56	27

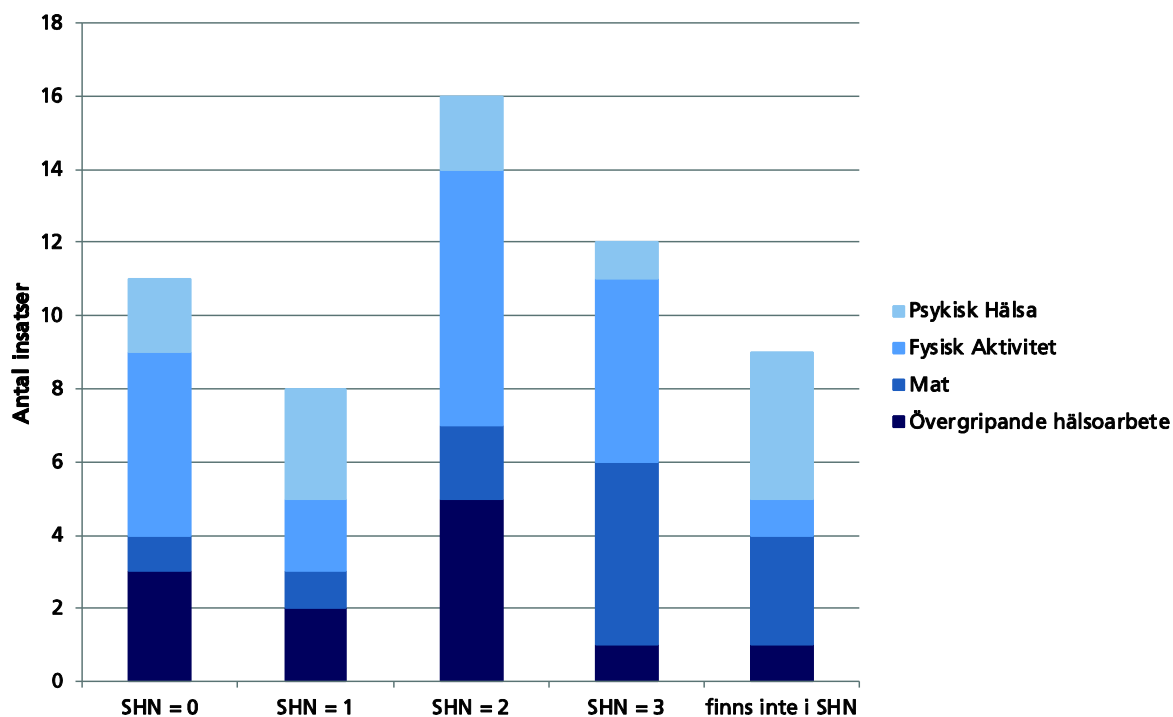
§Åtgärder ur skolornas handlingsplaner formulerades av hälsoteamen och klassades i 20 olika kategorier

Insatser i skolornas handlingsplaner i relation till skolornas resultat på SHN

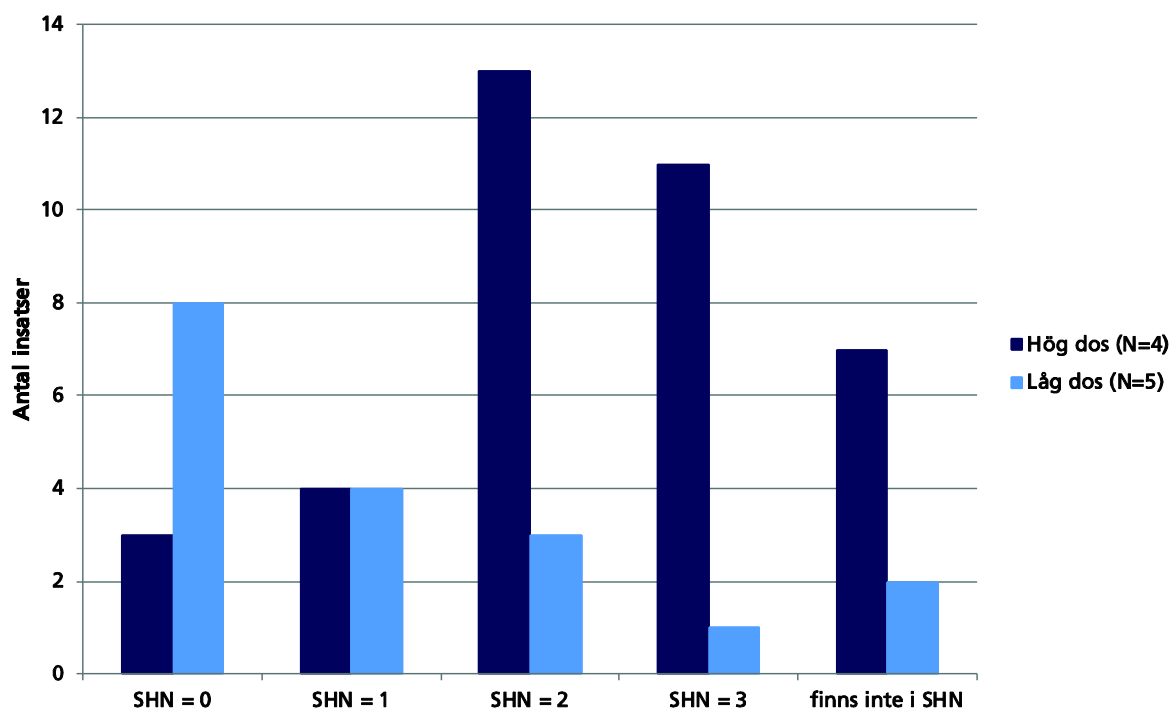
Som beskrivet ovan ombads hälsoteamen att skriva en handlingsplan med åtgärder som kunde förbättra skolans svagheter utifrån resultatet på SHN. Tanken med det arbetssättet var att få skolorna att tänka i nya banor och att få dem att prioritera åtgärder som de inte redan var bra på. Om detta arbetssätt fungerar, borde skolorna ha relativt många åtgärder på de områden där de hade låga poäng, till exempel 0 (insatsen finns inte) och 1 (insatsen planeras för närvarande).

För att undersöka om så var fallet jämfördes skolornas åtgärder i handlingsplanen med deras svar på SHN:s frågor vid det första mättillfället. En del av skolornas insatser kunde inte kopplas till någon av frågorna i SHN, men vissa har lagts till i den reviderade versionen av SHN. I övrigt visades skolorna samstämmighet mellan insatser och de frågor där de fick två poäng på SHN (insatsen genomförs delvis) eller tre poäng (insatsen genomförs helt) (Figur 4). Detta gällde alla moduler förutom övergripande hälsoarbete, där de flesta insatser planerades för frågor där skolorna fick 0 poäng (insatsen finns inte) på baslinjemätningen.

Även i denna analys jämfördes de fyra mest aktiva interventionsskolor enligt handlingsplanen (A, D, E, I) med de fem övriga interventionsskolor för att se om det fanns doseffekter. Figur 5 visar att skolorna som kategoriserades som "mest aktiva skolor" (hög dos) hade totalt sett fler aktiviteter i sina handlingsplaner. Men dessa skolor hade framförallt fler aktiviteter planerade för områden där de redan hade höga poäng (SHN = 2 eller 3) och något färre aktiviteter för områden där de hade lägre poäng (SHN = 0 eller 1) än de övriga skolorna.



Figur 4. Antal insatser i skolornas handlingsplaner i relation till skolornas poäng på baslinjemätningen av SHN, totalpoängen samt enskilda moduler



Figur 5. Antal insatser i skolornas handlingsplaner i relation till skolornas poäng på baslinjemätningen av SHN, jämförelse mellan skolor med hög respektive låg dos av interventionen

Utbildningar

Under våren 2009 inbjöds all personal på skolorna in till tre utbildningstillfällen som hölls under eftermiddagar. Det första tillfället behandlade maten i skolan, med inslag av allt från näringsrekommendationer, matens betydelse för hälsan till pedagogiska aspekter på

skolmaten och vuxnas förhållningssätt. Totalt kom 49 personer från skolpersonalen och de var över lag nöjda med utbildningen. En deltagare hade velat lära sig mer om ekonomiska konsekvenser av och hur man hanterar ökade kostnader för till exempel gratis fruktservering på skolan.

Det andra utbildningstillfället hade fokus på fysisk aktivitet med en genomgång av rekommendationer för fysisk aktivitet, betydelse av fysisk aktivitet för hälsa och inlärning samt praktiska exempel på hur skolan kan främja fysisk aktivitet med fokus på utepedagogik. Fyrtiotre personer från skolpersonalen deltog och de flesta var nöjda, framförallt med den mer praktiska delen med konkreta tips och material som många efterfrågat. Viss kritik framfördes om att det saknades tips och metoder för äldre barn.

Den tredje utbildningen behandlade psykisk hälsa och självkänsla. Nittiotre personer deltog. Detta tema är kanske det mest komplexa av de tre områdena och svårt att täcka under en eftermiddag. Utvärderingarna visade på att många ville ha råd om mer konkreta arbetssätt och metoder att använda i skolan för att främja elevernas självkänsla. Som en respons på detta formulerades ett stödblad som kompletterade utbildningen med speciella områden att arbeta med i skolan (se delrapport 1 (33)).

Under hösten 2009 anordnades en utbildning i utepedagogik av organisationen "Skogen i skolan" som ingår i Skogsstyrelsens verksamhet. "Skolskogen" definieras som ett avgränsat område vilket disponeras av skolan för planerade lektioner och utevistelse. Pedagogerna i interventionsskolorna fick under en utbildningsdag möjlighet till studier i skogen, samt läromedel och idémateriell. Det generella intrycket från utbildningsdagen var att den varit givande men inte tillfört något riktigt nytt avseende utepedagogik.

Föräldraföreläsningar

Föräldraföreläsningar hölls i alla nio interventionsskolor, men information om hur föreläsningarna genomfördes finns endast för sju skolor (A, C, D, F, G, H, I). Två av dessa skolor (C, D) planerade en gemensam föräldraföreläsning där föräldrar till barn i båda skolor var inbjudna, men där tyvärr endast föräldrar från en av skolorna (C) kom. Antalet deltagande föräldrar varierade mellan cirka 10 föräldrar på en mindre skola (C) och cirka 110 föräldrar på en av de större skolorna (G) (se Tabell 1) för mer information om skolorna).

Programmet på dessa föräldraföreläsningar var i stort sett detsamma på de olika skolorna. Hälsoarbetet i skolan, och framförallt det som rörde Österåkersprojektet presenterades (A, C, D, F, G, I). Medarbetare från projektledningen gav en föreläsning om hälsosamma mat- och rörelsevanor, om hur dessa påverkar inlärning, om hur barns mat- och rörelsevanor ser ut generellt i Sverige och i Österåkers kommun, samt rekommendationer kring sömn (A, C, D, F, G, H, I). Skriftligt informationsmaterial om hälsosamma mat- och rörelsevanor delades ut till föräldrarna. Måltidsverksamhetens arbete i kommunen och i de enskilda skolorna presenterades (A, C, D, F, G, H). Skolorna bjöd på mat och dryck (A, C, D, F, G, H, I), oftast i form av en skolmåltid (A, C, D, F, G, H). Det fanns även möjlighet för föräldrarna att gå runt i skolan/klasserna. Föräldraföreläsningarna var i allmänhet mycket uppskattade. Föräldrarna var medvetna om betydelsen av hälsosamma mat- och rörelsevanor och hade många frågor. Frågorna handlade bland annat om hur man ska hantera sina barn när man är orolig för att barnet äter för mycket eller för lite, skillnader mellan näringsinnehåll nu och förr, hur man ska förhålla sig till lättprodukter, skillnader mellan färska och frysta/konserverade grönsaker samt hur man tillagar hälsosamma och goda mellanmål.

Verktygslåda

En sammanställning gjordes med förslag över material och metoder för att främja matvanor och fysisk aktivitet i skolan. Verkttygslådan användes endast i liten utsträckning av skolorna som paradoxalt nog samtidigt efterfrågade material och metoder. Verkttygslådan innehöll:

- Matkunskap à la Hälsomålet och övningshäfte (Stockholms läns landsting)
- ”Du spelar roll” – ett gemensamt förhållningssätt till mat, fysisk aktivitet och självkänsla (Karolinska Institutet)
- Mat och rörelseglädje F-9 Verktygslåda, (kommunerna i Örebro län, Örebro läns Idrottsförbund, Folk tandvården och Samhällsmedicinska enheten vid Örebro läns landsting)
- Hitta stilen (Allmänna arvsfonden)
- Everybody´s different – ett undervisningsmaterial för att stärka elevers självkänsla (översatt från Australien)
- Skogen i skolan – utepedagogik (Skogsstyrelsen)
- Rastaktiviteter (Pelle Pump, Örebro, Riksidrottsförbundet)
- Att söka pengar till skolidrottsförening (Riksidrottsförbundet)
- Barn i rörelse – tips och praktiska exempel (Riksidrottsförbundet)
- Tipspromenader och annat skoj (från olika källor)
- Informationsmaterial (broschyrer och faktablad från olika källor)

Hälsoarbete i jämförelseskolor

Under våren 2010 genomfördes en intervjustudie per telefon med rektorer i jämförelseskolorna. Frågorna som skickades ut till rektorerna innan telefonintervjun baserades på insatserna som nämndes i SHN. Istället för att beskriva skolans insatser fick rektorerna i jämförelseskolorna beskriva förändringar som skolan hade genomfört i de olika modulerna (övergripande hälsoarbete, mat, fysisk aktivitet, psykisk hälsa) under det senaste året (skolår 2009–2010). De fick även besvara frågor om vilka förändringar de för närvarande planerade att genomföra samt en fråga om Österåkersprojektet hade påverkat deras eventuella hälsoarbete.

Resultat hälsoarbete i jämförelseskolor

Rektorer från åtta av nio jämförelseskolor deltog i intervjun. Frågorna fokuserade på de förändringar eller större hälsosatsningar som skolorna hade gjort under det senaste läsåret 2009/2010 inom SHN:s moduler. Utöver de särskilda insatser som beskrivs här kan skolorna ha ett fortlöpande hälsoarbete.

Inom skolans övergripande hälsoarbete hade majoriteten av skolorna inte infört några förändringar. I en skola hade skolsköterskan dock börjat rapportera mer information från hälsosamtalen i gruppen för elevvårdsärenden där kurator, psykolog, studievägledare och rektor ingick. En skola hade planerat att satsa på samarbete med föräldrar under det kommande läsåret, genom föräldramöten och införandet av Örebro Preventionsprogram (ÖPP). Ett kontaktnät med inriktning på alkohol- och tobakspreventionskulle bildas med obligatorisk närvaro för föräldrar vid minst två träffar per termin.

På frågor om måltidsverksamheten svarade majoriteten av rektorerna att de inte kunde påverka skolluncherna eftersom den centrala måltidsenheten sätter riktlinjerna. En skola hade dock infört ett bättre grönsaksutbud. Skolorna hade sedan flera år tillbaka begränsat utbudet av söta produkter och drycker på skolorna, och även fritidsverksamheten hade börjat förbättra sitt utbud. Under det kommande läsåret planerade en skola att göra matsalen tillgänglig för eleverna för att de skulle kunna tillverka sina egna mellanmål som en del av den pedagogiska verksamheten.

De flesta förändringar i hälsosatsningar som hade genomförts under läsåret var på området fysisk aktivitet där till exempel förbättringar på skolgårdarna såsom klätterställningar, större fotbollsplan och hinderbana hade gjorts. Övergripande målsättningar hade också införts för att barnen skulle få mer vardaglig fysisk aktivitet, såsom att resa sig upp från bänkarna, och tydligare målsättning för tider att vara ute. En skola hade gjort ett försök att införa vandrande skolbuss där föräldrar promenerar med barn till skolan, men inte lyckats. Hälften

av skolorna hade gjort ansträngningar för att eleverna skulle vara mer fysiskt aktiva på sin fritid, bland annat genom att medverka i Idrottslyftet, Riksidrottsförbundets satsningar på idrottens barn- och ungdomsverksamhet. Inför det kommande skolåret planerade en del skolor mer samarbete med idrottsklubbar, en annan planerade att införa dans och ridning på schemat.

Inom området psykisk hälsa hade skolorna sedan länge bedrivit ett kontinuerligt värdegrundarbete men få nya satsningar hade gjorts det senaste läsåret, med undantag för införandet av ämnet livskunskap på schemat, fler träffar mellan kompisstödjare och skolsköterska, samt utbildning av personal i coachning. En skola planerade att ta in fler psykologer för att göra fler tester för barn i riskzonen för psykisk ohälsa och andra utredningar.

Rektorerna i jämförelseskolorna trodde inte att vetskapen om att det pågick ett hälsoarbete på ett antal andra skolor i kommunen hade påverkat skolornas eget hälsoarbete. I de flesta fallen var det bara rektorn som kände till projektet, informationen hade uppenbarligen inte spridits till de övriga i personalen. Den information rektorerna fått kom från de regelbundet återkommande rektorsmötena inom kommunen.

Utvärdering på elevnivå

Alla elever som gick i årskurs 2, 4 och 7 i Österåkers kommun under läsåret 2008/2009, totalt 1359 elever fick en inbjudan att delta i studien. De elever som vid den tidpunkten gick i en jämförelseskola och valde att delta blev automatiskt jämförelseelever.

Samtyckesblanketter skickades ut till vårdnadshavare i april 2009, tillsammans med ett informationsbrev och den första hälsoenkäten till eleverna. Aktivt samtycke av vårdnadshavare krävdes för att:

- hämta uppgifter om längd och kroppsvikt ur elevhälsajournalen;
- låta eleven besvara en hälsoenkät vid baslinjen och vid eftermätningen;
- låta eleven besvara en enkät om upplevd självkänslavid två tillfällen om rektorn bestämde sig för att skolan skulle delta i en utvidgad mätning;
- mäta elevens vikt och längd i vissa årskurser vid ett extra tillfälle.

Elev och vårdnadshavare tillfrågades att skriva på samtyckesblanketten och skicka tillbaka den tillsammans med det ifyllda frågeformuläret *eller* att skriva anledningen till att eleven inte ville delta och sedan skicka tillbaka blanketten. Sextio procent av eleverna och deras vårdnadshavare samtyckte till att delta i studien (307 elever i årskurs 2, 300 barn i årskurs 4 och 206 barn i årskurs 7) (Bilaga 1).

Efter samtycke inhämtades data om barnens längd och vikt från elevhälsans journaler. En utvidgad mätning av självkänsla erbjöds till samtliga skolor i kommunen. Två interventions- och en jämförelseskola tackade ja.

Eftermätningen på elevnivå skedde efter två år (våren 2011). "Intention to treat-principen" tillämpades så att elever som bytte skola för analysens del behölls i den interventions- eller jämförelsegrupp som de tillhörde vid projektets start. Alla analyser genomfördes med kompletta data såväl som med imputerade värden, där data i eftermätningen saknades. Vi använde den enklaste formen för imputering nämligen "last value carried forward", vilket betyder att samma värde som eleven hade på baslinjemätningen sätts vid eftermätningen. Eftersom analysen utan och med imputerade värden gav samma resultat, redovisas endast resultatet för kompletta data i den här rapporten. Mer information om analysen finns beskrivet i en publicerad artikel (56).

Data analyserades med hjälp av SPSS (version 20 för Windows, 2011, SPSS Inc, Chicago, IL) och Scientific Workplace (version 5.5 MacKichan Software Inc, Poulsbo, WA). Andelen elever som uppgav det önskade respektive oönskade beteendet redovisas i procent. Alla analyser gjordes både för den totala gruppen elever och för varje årskurs. Effekten av interventionen analyserades först utan att ta hänsyn till skolan som eleverna gick i. Sedan gjordes samma analys med variabel skola i modellen, för att se om effekterna såg olika ut för olika skolor, det vill säga om det fanns en klustringseffekt. Alla analyser justerades för baslinjevärden och kön. Om det fanns en statistiskt säkerställd effekt av kön på utfallet gjordes även stratifierade analyser för pojkar och flickor.

Bortfallsanalys

De elever från vilka ingen längd- och viktdata kunde inhämtas på eftermätningen jämfördes vid baslinjen med övriga elever gällande kön, åldersgrupp och interventionsgrupp med hjälp av χ^2 -test. Mann-Whitney U-test användes för att jämföra dessa elevers viktstatus med de övriga elevernas viktstatus (se nedan definiering av viktstatus).

Resultat bortfallsanalys

Av alla 806 elever med data på vikt och längd vid baslinjemätningen saknade 78 elever (10%) data vid eftermätningen.

Bortfallsanalysen visade att det inte fanns några könsskillnader mellan elever som hade och som inte hade data på vikt och längd vid eftermätningen. Statistiskt säkerställda skillnader mellan de som fanns kvar och de som föll bort fanns för ålder, viktstatus och interventionsgrupp. Elever i årskurs 2 visade större bortfall (13%) än elever i årskurs 4 eller 7 (7 respektive 9%; $p = 0,025$). Bortfall på vikt- och längddata var också högre bland elever från de högre viktkategorierna (övervikt: 14% och fetma: 19%) jämfört med elever från lägre vikt kategorier (undervikt 7% och normalvikt: 9%; $p = 0,021$). Elever i interventionsgruppen hade större bortfall än elever från kontrollgruppen (13 respektive 6%; $p = 0,001$), men bland de som föll bort fanns ingen skillnad i viktstatus mellan interventions- och jämförelsegrupp. Detta är viktigt att kontrollera, därför att om det hade fallit bort fler barn med övervikt och fetma i interventionsgruppen än i jämförelsegruppen hade det kunnat ge ett falskt positivt resultat.

Vikt- och längddata

Elevehälsan i Österåkers kommun samlar in uppgifter om elevernas vikt och längd i årskurs 2, 4 och 7. I störst möjliga utsträckning användes dessa redan befintliga data för att utvärdera programmet. Vid eftermätningen däremot när många elever gick i årskurs 6 och 9 genomfördes en extra mätning av personal från KI/SLL.

Utifrån längd- och viktdata beräknades BMI ($\text{BMI} = \text{kg}/\text{m}^2$), vilket sedan konverterades till viktstatus (undervikt, normalvikt, övervikt, fetma) utifrån internationella gränsvärden för barn och ungdomar (20, 57). Andelen elever i de olika kategorierna för viktstatus redovisas i procent. Kruskal Wallis' test för ordinala data användes för att testa för könsskillnader samt för skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen avseende viktstatus vid baslinjen. Effekten av interventionen analyserades genom en multinominal regressionsanalys och signifikansnivån redovisas med p-värde. Analyserna justerades för kön och baslinjevärden och hade "normalvikt" som referenskategori.

Även BMI z-värde (BMI standard deviation score, BMI_{Isds}), justerat för ålder och kön, användes för att bedöma hur mycket eleverna avvek från referensvärdena för den svenska befolkningen (58). BMI z-värde redovisas som medelvärde och könsskillnader samt skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen på baslinjemätningen testades med hjälp av t-test för oberoende grupper. Interventionseffekter analyserades för varje viktstatuskategori separat och justerades för kön och baslinjevärden med en generell blandad och linjär modell. Regressionskoefficient och 95 procent konfidensintervall redovisas.

Resultat vikt och längddata

806 elever hade vikt- och längddata vid baslinjemätningen (304 i årskurs 2, 298 i årskurs 4 och 204 i årskurs 9); 59 procent tillhörde interventionsgruppen. Av dessa elever hade 728 vikt- och längddata vid eftermätningen.

Andelen elever i de olika viktstatuskategorierna vid baslinjen beskrivs i Tabell 5, både för jämförelse- och interventionsgruppen och uppdelat per årskurs (kohort). I hela studiepopulationen var andelen underviktiga 6 procent, andelen normalviktiga 76 procent, andelen överviktiga 15 procent och andelen med fetma 3 procent. Det fanns inga statistiskt säkerställda könsskillnader avseende viktstatus vid baslinjen. Däremot fanns i elevgruppen med undervikt en statistiskt säkerställd könsskillnad i BMI z-värde vid baslinjen, då flickor med undervikt hade ett lägre BMI z-värde än pojkar med undervikt.

Det fanns en tendens till högre prevelens av övervikt och fetma och lägre andel normalviktiga i jämförelseskolorna, men skillnaden var endast signifikant i årskurs 2 kohorten ($p=.022$). När det gäller BMI z-värde fanns dock inga statistiskt säkerställda skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen.

Tabell 5. Beskrivande data för viktstatus och BMI z-värde för interventions- och jämförelsegruppen på baslinjemätningen, för hela gruppen och för de olika kohorterna								
Viktstatus	Hela gruppen		Årskurs 2 kohort		Årskurs 4 kohort		Årskurs 7 kohort	
	Jämf N=328	Interv N=478	Jämf N=95	Interv N=209	Jämf N=119	Interv N=179	Jämf N=114	Interv N=90
Undervikt (%) [§]	5,5	5,4	4,2	5,7*	6,7	4,5	5,3	6,7
Normalvikt (%) ^{§§}	73,5	78,0	69,5	79,4*	73,1	76,5	77,2	77,8
Övervikt (%) ^{§§}	17,1	13,8	21,1	12,9*	16,0	15,1	14,9	13,3
Fetma (%) ^{§§}	4,0	2,7	5,3	1,9*	4,2	3,9	2,6	2,2
Övervikt & fetma (%)	21,0	16,5	26,3	14,8*	20,2	19,0	17,5	15,6
BMI z-värde ^{§§§}	1,04	0,82	1,07	0,78	1,08	0,97	0,96	0,62

* Signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen, $p < 0,05$

§ Definieras enligt Cole (20)

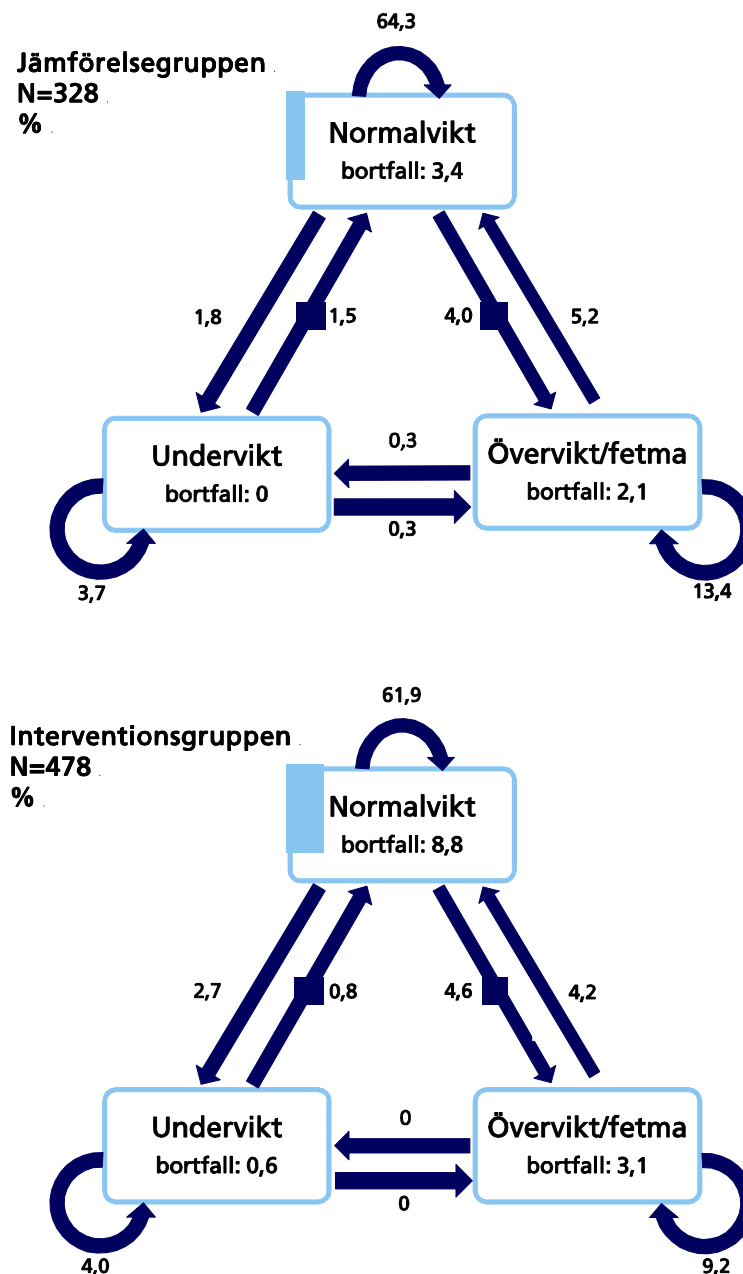
§§ Definieras enligt Cole (57)

§§§ Medelvärde

I Figur 6 visas hur eleverna som vid baslinjen tillhörde de olika viktkategorierna har ändrat sin viktstatus vid eftermätningen, separat för jämförelse- och interventionsgruppen. Procentandelarna är beräknade utifrån det totala antalet personer i interventions- respektive jämförelsegruppen. Här ser man att 64,3 procent (211 elever) av eleverna i jämförelsegruppen var normalviktiga både vid baslinjen och vid eftermätningen, medan den andelen i interventionsgruppen bara var 61,9 procent (296 elever). Det fanns vissa små skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen. Emellertid kunde inga skillnader statistiskt säkerställas, när vi samtidigt kontrollerade för elevernas ålder, kön och skola (Tabell 6).

Tabell 6. Interventionseffekter på viktstatus, för hela gruppen				
Viktstatus [§]	Jämförelse		Intervention	
	Baslinje N=328 %	Efter N=310 %	Baslinje N=478 %	Efter N=418 %
Undervikt	5,5	6,1	5,4	7,7
Normalvikt	73,5	75,2	78,0	76,6
Övervikt och fetma	21,0	18,7	16,5	15,8

§ Viktstatus definieras enligt Cole (20, 57)



Figur 6. Andelen elever som rör sig mellan de olika viktkategorierna för interventions- och jämförelsegruppen. Alla siffror refererar till det totala antalet elever i interventions- respektive jämförelsegrupp vid baslinjen.

Det gjordes även analyser för att undersöka interventionseffekter på BMI z-värdet, men även dessa visade inga statistiskt säkerställda effekter i några av viktkategorierna. Analyserna redovisas per viktkategori för hela gruppen elever och för de olika kohorterna i Tabell 7. En negativ regressionskoefficient betyder att BMI z-värdet har minskat och en positiv regressionskoefficient att BMI z-värdet har ökat i interventionsgruppen relativt till jämförelsegruppen. I hela gruppen sågs en tendens till minskning av BMI z-värdet bland de med undervikt och i årskurs 7 kohorten sågs en tendens till minskning av BMI z-värdet bland de med övervikt eller fetma till fördel för interventionsgruppen, men ingen av dessa tendenser var statistiskt säkerställda.

Tabell 7. Interventionseffekter på BMI z-värde i olika viktklasser, för hela gruppen och för de olika kohorterna

BMI z-värde	Hela gruppen		Årskurs 2 kohort		Årskurs 4 kohort		Årskurs 7 kohort	
	B (95% CI)	p [§]	B (95% CI)	p [§]	B (95% CI)	p [§]	B (95% CI)	p [§]
Undervikt ^{§§}	-0,79 (-1,68, 0,10)	0,079	-2,14 (-6,93, 2,64)	0,342	-0,13 (-0,64,0,39)	0,603	-0,52 (-1,59, 0,55)	0,295
Normalvikt	-0,05 (-0,22, 0,12)	0,582	-0,09 (-0,36, 0,18)	0,502	-0,15 (-0,46,0,15)	0,328	0,12 (-0,17, 0,42)	0,404
Övervikt och fetma ^{§§§}	0,26 (-0,44, 0,95)	0,468	0,24 (-0,96, 1,45)	0,686	0,56 (-0,41,1,52)	0,250	-1,61 (-3,67, 0,45)	0,119

§ Alla analyser är justerade för kön och baslinjevärden; Analysen genomfördes med linjär regressionsanalys på individer med kompletta data

§§ Definieras enligt Cole et al. (20)

§§§ Definieras enligt Cole et al. (57)

Hälsoenkät matvanor och fysisk aktivitet

Hälsoenkäten riktade sig till eleverna, som fick ta hjälp av en vuxen vid behov. Den innehöll frågor om olika hälsobeteenden, med huvudfokus på matvanor och fysisk aktivitet (Bilaga 3). Frågorna kategoriserades baserat på vedertagna gränser för hälsosamma beteenden och rekommendationer (Tabell 8).

För att kartlägga elevernas matvanor, besvarade de bland annat frågor om hur ofta de åt frukost och lunch samt hur ofta de åt grönsaker, frukt, godis och sötsaker eller drack läsk.

Tabell 8. Använda gränsvärden i hälsoenkät

Hälsobeteende	Hälsosamt beteende	Referens
Matvanor		
Frukost/lunch	Varje skoldag	(59)
Grönsaker/frukt	2 ggr per dag eller oftare	(59)
Godis/läsk	2 ggr i veckan eller mer sällan	(59)
Fysisk aktivitet		
Medlem i förening	Ja	
Motion på fritiden	3 ggr i veckan eller oftare	(60)
Aktiv transport/fysisk aktivitet på rasten	3 dagar i veckan eller oftare	
Tv-tittande på vardagseftermiddag och kväll	3 timmar per dag eller mindre	
Klustering av riskbeteenden		
(Frukost, lunch, grönsaker, frukt, godis, läsk, motion på fritiden, tv-tittande)	Högst ett riskbeteende	
Psykisk hälsa		
Välbefinnande	Ganska bra eller bra	
Global självkänsla	Ganska eller mycket hög	
Bantning	Nej	

Frågorna om matvanor testades för reliabilitet och relativ validitet med tillfredsställande resultat (61). När dessa data jämförs med andra enkäter är reliabiliteten ungefär lika hög som ENERGY enkäten som testades bland 11–12-åringar (62) och lite högre än reliabiliteten som har rapporterats av Lien et al (63).

För att få fram information om elevernas fysiska aktivitet fick de frågor om medlemskap i en förening eller klubb och hur ofta de motionerar eller idrottar utanför skoltid. De fick också besvara om de gick eller cyklade hela eller delar av vägen till och från skolan och om de rörde sig på rasterna. Dessutom fick de ange hur länge de brukade vara utomhus på vardagarna. Även frågorna om fysisk aktivitet testades för reliabilitet och relativ validitet mot en accelerometer bland 48 elever i årskurs fyra och 38 elever i årskurs 7 (64). För att ta reda på stillasittande, fick eleverna frågor om bland annat hur många timmar de brukade titta på tv på vardagar och helger.

Eleverna delades in i två olika grupper utifrån om de hade eller inte hade två eller fler av följande riskbeteenden: åt frukost eller lunch mer sällan än varje skoldag, åt frukt eller grönsaker mer sällan än 2 gånger per dag, konsumerade godis, sötsaker eller läsk oftare än 2 gånger i veckan, motionerade mer sällan än 3 gånger utanför skoltid, eller såg på tv mer än 3 timmar per skoldag.

Eleverna fick dessutom frågor om sitt välbefinnande, bland annat "så här mår jag just nu (bra, ganska bra, ganska dåligt, dåligt) och fem frågor från Harter's Self-Perception Profile for Adolescents, en delskala som mäter global självkänsla (65). Skalan har reviderats och validerats bland nordiska barn med goda resultat (66). Frågorna besvarades på en fyra-gradig skala (stämmer mycket bra, stämmer ganska bra, stämmer ganska dåligt, stämmer inte alls). Ett medelvärde beräknades på elevernas svar som sträcker sig mellan ett och fyra. Sedan delades eleverna in i tre grupper baserat på sina svar (låg: 1 till 2,5, ganska hög: 2,5 till 3,5, hög: 3,5 till 4). I årskurs 4 och 7 besvarade eleverna förutom ovan nämnda områden också frågor om mobbning och nära relationer i skolan, kroppsuppfattning och bantning. Bantning mättes med 4 frågor med svarskategori "ja" eller "nej" (Har du någonsin försökt gå ner i vikt?; Försöker du gå ner i vikt idag?; Har du någonsin försökt gå upp i vikt?; Försöker du gå upp i vikt idag?) (67).

I det andra utskicket (vår 2011) ändrades vissa svarsalternativ som hade visat sig vara svåra att besvara och analysera. Skillnaderna i frågeformuleringen visas i Bilaga 4.

Andelen elever som uppfylldevillkoren för ett hälsosamt beteende (enligt Tabell 8) för de olika hälsobeteendena redovisas i procent. Könsskillnader och skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen avseende de olika hälsobeteendena på baslinjemätningen testades med hjälp av Chi²-test.

Effekten av interventionen analyserades genom en Poisson regressionsanalys och redovisas med riskkvot och 95 procent konfidensintervall. En riskkvot som är mindre än ett betyder att det har skett en positiv förändring i interventionsgruppen jämfört med jämförelsegruppen. Analyserna justerades för kön och baslinjevärden och hade det önskade beteendet som referenskategori.

Resultat hälsoenkät

Det var 799 elever som svarade på hälsoenkäten vid baslinjemätningen (297 i årskurs 2, 299 i årskurs 4 och 203 i årskurs 7); 59 procent tillhörde interventionsgruppen. Av dessa elever var det 687 (86%) som fyllde i samma enkät vid eftermätningen.

Andelen elever som hade hälsosamma beteenden enligt rekommendationerna vid baslinjemätningen beskrivs i Bilaga 5 och samma andel vid eftermätningen i Bilaga 6. Det fanns vissa statistiskt säkerställda könsskillnader vid baslinjemätningen. Fler flickor än pojkar nådde rekommendationen för grönsakskonsumtion i årskurs 2 ($p = 0,019$) och för konsumtion av läsk i årskurs 7 ($p = 0,000$). Samtidigt uppnådde fler pojkar rekommendationen för motion i alla årskurser (årskurs 2 $p = 0,000$; årskurs 4 och 7 $p = 0,001$), samt för fysisk aktivitet på rasten i årskurs 4 ($p = 0,002$) och 7 ($p = 0,000$).

Det fanns också ett fåtal statistiskt säkerställda skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen. I årskurs 2 rapporterade fler elever i jämförelsegruppen att de var medlem i en förening eller klubb ($p = 0,000$) och att de åt grönsaker minst två gånger per dag ($p = 0,019$). I årskurs sju rapporterade fler elever i interventionsgruppen att de var medlem i en förening eller klubb ($p = 0,040$) och att de drack läsk eller saft oftare än två gånger i veckan ($p = 0,006$). När alla tre kohorter slogs ihop fanns det vissa skillnader som inte var signifikanta för de enskilda kohorterna. Fler elever i interventionsgruppen rapporterade att de åt lunch varje dag ($p = 0,014$) och att de rörde sig aktivt på rasterna minst tre dagar i veckan ($p = 0,042$) (Bilaga 5).

När det gäller förändringar över tid och gruppen som helhet kan det generellt sägas att många vanor försämrades betydligt under de 2 åren, det vill säga med åldern, såsom frukostvanor, grönsaksätande, fruktätande, medlemskap i förening, utomhusvistelse, fysisk aktivitet på rasten och självkänsla. TV-tittande minskade liksom andelen barn med mer än ett riskbeteende.

Avseende interventionseffekter, det vill säga när interventionsgruppen jämfördes med jämförelsegruppen fanns det få signifikanta skillnader, och de effekter som hittades visade att jämförelsegruppen hade utvecklats på ett bättre sätt än interventionsgruppen. Signifikanta negativa interventionseffekter hittades för fysisk aktivitet under rasterna i årskurs 4 kohorten ($p=0,040$), för att äta frukost ($p=0,033$) och för självkänsla ($p=0,004$) i årskurs 7 kohorten. Har man som här har ett relativt stort antal utfallsvariabler kan det av rena slumpen bli signifikanta skillnader. I det fallet brukar den så kallade Holm-Bonferroni-korrektionen för upprepade tester användas (68), vilket leder till strängare krav på p-värdet. Med användning av denna korrektion i våra analyser var dessa skillnader dock inte signifikanta längre. Resultaten finns redovisade i Bilaga 6.

Även förekomsten av bantning analyserades i interventions- och jämförelsegruppen för att kontrollera att interventionen inte stimulerade till bantning. Det fanns inga signifikanta interventionseffekter för bantning, när analysen justerades för kön och baslinjevärdena.

Eftersom det fanns en signifikant effekt för kön på den globala självkänslan vid eftermätningen, även när analysen justerades för baslinjevärdena, gjordes en stratifierad analys för pojkar och flickor. Den analysen visade att det fanns en negativ interventionseffekt för flickor i hela gruppen ($p=0,020$), i årskurs 2 ($p=0,000$) och i årskurs 7 ($p=0,003$), men inte för pojkar.

Utvidgad enkät om självkänsla

Rektorerna i två interventionsskolor (F, G) och en jämförelseskola gav tillåtelse till en utvidgad enkät om upplevd självkänsla. Enkäten innehöll frågor om välbefinnande, självkänsla, bantning och kroppsuppfattning.

Välbefinnande mättes med den svenska versionen av instrumentet Kidscreen-52 som mäter hälsorelaterad livskvalitet (69). Delskalan består av sex positivt ställda frågor där barnet uppmanas att tänka på "hur det var förra veckan". Ett medelvärde beräknades på elevernas svar som sträcker sig mellan ett och fem. Sedan delades eleverna in i tre grupper baserade på sina svar (låg: 1 till 3,5, ganska hög: 3,5 till 4,5, hög: 4,5 till 5).

Självkänsla mättes med Harter's Self-Perception Profile for Adolescents (65) samma instrument som användes i hälsoenkäten. Instrumentet består av sju delskalor (prestation, social kompetens, kroppslig självkänsla, fysisk självkänsla, beteende, nära relationer och global självkänsla). En fråga i delskalan om nära relationer togs bort inför analysen, eftersom många elever hade angett att de hade svårt att förstå frågan. Många elever hade även låtit bli att svara på frågan. Ett medelvärde beräknades på elevernas svar som sträcker sig mellan ett och fyra. Sedan delades eleverna in i tre grupper baserat på sina svar (låg: 1 till 2,5, ganska hög: 2,5 till 3,5, hög: 3,5 till 4).

Bantning mättes med samma frågor som användes i hälsoenkäten. Eleverna fick även frågor om vilken anledning de hade för att ha försökt gå upp eller ner i vikt ("för att hålla sig frisk"; "för att vara mer omtyckt"; "för att inte känna sig klumpig/svag"; "för att se bättre ut").

Eleverna som besvarade den utvidgade enkäten om självkänsla besvarade modulen om global självkänsla vid två tillfällen på baslinjen (med fyra till fem månaders mellanrum) och vid två tillfällen på eftermätningen, eftersom den förutom i denna enkät om upplevd självkänsla

också ingick i hälsoenkäten. Överensstämmelse mellan elevernas svar på dessa enkäter analyserades med en korrelationsanalys och redovisas med Pearsons korrelation samt p-värde.

Andelen elever med ganska högt eller högt välbefinnande och självkänsla redovisas i procent. Könsskillnader och skillnader mellan interventions- och jämförelsegruppen avseende självkänsla på baslinjemätningen testades med hjälp av Chi²-test.

Interventionseffekten analyserades med en generell blandad och linjär modell och justerades för kön och baslinjevärden. Regressionskoefficient och 95 procent konfidensintervall redovisas. En negativ regressionskoefficient betyder att värdet på självkänslaskalan har minskat och en positiv regressionskoefficient att värdet har ökat i interventionsgruppen i jämförelse med jämförelsegruppen.

Resultat utvidgad enkät om självkänsla

Det var 234 elever som svarade på den utvidgade enkäten om självkänsla vid baslinjemätningen (71 i årskurs 2, 66 i årskurs 4 och 97 i årskurs 7), varav 79 procent tillhörde interventionsgruppen. Av dessa elever var det 157 (67%) som fyllde i samma enkät vid eftermätningen.

Som nämns ovan besvarades delskalan om global självkänsla av eleverna både i hälsoenkäten och i den utvidgade enkäten om självkänsla. I Tabell 9 visas samband mellan elevernas svar. Resultatet visar att det fanns ett mycket signifikant samband mellan elevernas svar på båda enkäterna även om perioden mellan båda mätningarna var ganska lång. Endast svaren från elever i årskurs 2 korrelerade inte signifikant mellan de olika enkäterna. Det antyder att modulen om global självkänsla möjligtvis inte är lämplig för barn i den här målgruppen och att man måste vara försiktig med att dra slutsatser just i den yngsta kohorten.

Tabell 9. Korrelationen [§] mellan hälsoenkätens modul om global självkänsla och samma modul i den utvidgade enkäten om självkänsla vid baslinjen och eftermätningen				
	Hela gruppen	Åk 2	Åk 4	Åk 7
Baslinje	N=226	N=64	N=65	N=97
Global självkänsla	0,51***	0,23	0,54***	0,57***
Eftermätning	N=135	N=46	N=34	N=55
Global självkänsla	0,73***	0,61***	0,82***	0,77***

§ Enligt Pearson's korrelation

*** Signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen, $p < 0,001$

Andelen elever med ganska högt eller högt välbefinnande och självkänsla vid baslinjen finns redovisade i Bilaga 8, och samma andel vid eftermätningen i Bilaga 9. Vid baslinjen fanns en könsskillnad i årskurs 2 för delskalan om social kompetens där fler pojkar rapporterade en ganska hög eller hög självkänsla än flickor ($p = 0,037$). Pojkar i årskurs 7 uppgav även i större utsträckning ganska högt eller högt välbefinnande ($p = 0,010$) och högre kroppslig självkänsla ($p = 0,000$) än flickor. I gruppen som helhet rapporterade pojkar även i större utsträckning en ganska hög eller hög fysisk självkänsla ($p = 0,048$).

Det fanns också en statistiskt säkerställd skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen i den totala gruppen elever. Elever i interventionsgruppen rapporterade i större utsträckning en ganska hög eller hög självkänsla på beteendeskalan ($p = 0,008$).

Det fanns en signifikant positiv interventionseffekt på modulen om fysisk självkänsla för barn i årskurs 2, när analysen justerades för kön och värdet på baslinjemätningen (Tabell 10). Effekten berodde på att många elever i årskurs 2 kohorten i jämförelsegruppen hade en sämre fysisk självkänsla vid eftermätningen, medan eleverna i interventionsgruppen höll sig

ungefär på samma nivå (Bilaga 8 och Bilaga 9). Det fanns även en statistiskt säkerställd skillnad på beteendeskalan i den totala gruppen till fördel för interventionen (Tabell 9), men här fanns en skillnad redan från början, som vi dock har tagit hänsyn till. Resultatet måste tolkas med försiktighet då mätningen bara inkluderade barn från två interventionsskolor och en jämförelseskola.

Tabell 10. Interventionseffekter på utfallsvariablerna i den utvidgade enkäten om självkänsla, för hela gruppen och för de olika kohorterna

	Hela gruppen		Årskurs 2 kohort		Årskurs 4 kohort		Årskurs 7 kohort	
	B (95% CI)	p [§]	B (95% CI)	p [§]	B (95% CI)	p [§]	B (95% CI)	p [§]
Välbefinnande	-0,05 (-0,30, 0,19)	0,660	-0,11 (-0,56, 0,35)	0,642	-0,05 (-0,42, 0,31)	0,776	-0,09 (-0,51, 0,33)	0,669
Självkänsla								
Global	-0,09 (-0,32, 0,15)	0,473	-0,09 (-0,52, 0,35)	0,688	-0,07 (-0,60, 0,46)	0,790	-0,20 (-0,52, 0,13)	0,231
Prestation	-0,01 (-0,22, 0,20)	0,910	0,21 (-0,20, 0,61)	0,309	-0,07 (-0,48, 0,34)	0,737	-0,22 (-0,54, 0,09)	0,165
Social kompetens	0,18 (-0,01, 0,37)	0,068	0,21 (-0,18, 0,61)	0,286	0,23 (-0,19, 0,65)	0,269	0,08 (-0,18, 0,34)	0,555
Fysisk	0,14 (-0,08, 0,37)	0,212	0,80 (0,39, 1,20)	0,000	-0,24 (-0,62, 0,14)	0,206	-0,13 (-0,45, 0,19)	0,417
Kroppslig	-0,06 (-0,41, 0,29)	0,728			-0,04 (-0,78, 0,69)	0,909	-0,13 (-0,49, 0,23)	0,465
Beteende	0,20 (0,01, 0,39)	0,040	0,11 (-0,29, 0,51)	0,574	0,27 (-0,13, 0,67)	0,174	0,20 (-0,06, 0,46)	0,129
Nära relationer	0,21 (-0,08, 0,50)	0,159			0,02 (-0,53, 0,56)	0,948	0,29 (-0,06, 0,64)	0,104

§ Alla analyser är justerade för kön och baslinjevärden; endast tre av arton skolor deltog i mätningen; analysen genomfördes med linjär regressionsanalys på individer med kompletta data

Andelen elever som svarade instämmande på frågan om de för närvarande försökte gå ner eller upp i vikt ökade med tiden (baslinje: 16,6 respektive 8,0%; eftermätning: 20,5 respektive 14,7%). Det fanns inga signifikanta interventionseffekter när analysen kontrollerades för kön och baslinjevärden, vare sig för att försöka gå ner (RR: 0,91; p= 0,785) eller upp i vikt (RR: 0,74; p= 0,462).

Intervjuer med hälsoteam och kommunföreträdare

För att få en uppfattning om implementeringsprocessen av Österåkersprojektet genomfördes under hösten 2011 en kvalitativ studie med fokus på hinder och möjligheter för genomförande av projektet i kommunen och på skolorna. Som utgångspunkt för intervjuerna valdes en systematisk kunskapsöversikt över empiriska studier av implementeringsfaktorer (52). I denna översikt identifieras fem typer av faktorer: faktorer på samhällsnivå, karaktäristika hos utförare av interventionen, karaktäristiska hos interventionen, kapacitet hos organisationen inom vilken interventionen implementeras och faktorer hos stödsystem för implementering.

Sammanlagt genomfördes 17 semistrukturerade intervjuer varav tretton med medlemmar av hälsoteam på tre olika skolor, samt fyra med representanter för Österåkers kommun.

Urval för intervjuerna gjordes av projektledningen KI/SLL utifrån ett ändamålsenligt urval (70) med fokus på hälsoteamets aktivitet, ålder på barnen, storlek på skola, andel barn och/eller föräldrar med utländsk härkomst och andel föräldrar med högre utbildning. Sex intervjuer genomfördes på en skola (G), fyra intervjuer på en annan skola (I) och tre intervjuer på ytterligare en skola (A). Kommunrepresentanter valdes utifrån de tjänster och positioner som innehar beslutsfattande makt över skola och/eller hälsa och utgörs i studien av både politiker och tjänstemän.

Intervjuerna utfördes med hjälp av intervjumanualer grundade på ovan nämnda implementeringsfaktorer för att underlätta analys vilken genomfördes med tematisk analys (71). Varje enskild intervju kodades först deduktivt utifrån de fem huvudteman (52) var på underteman sedan formades induktivt.

Resultat intervjuer hälsoteam och kommunföreträdare

Följande resultat utgör de huvudsakliga fynden utifrån intervjustudien. Tydligt är att organisatoriska faktorer, dels inom själva organisationen, skolorna, samt även i den omgivande politiska och strukturella miljön, har störst påverkan på implementering av Österåkersprojektet.

Faktorer på samhällsnivå/kommunnivå

Kommunalt beslutade organisatoriska förändringar med påverkan på en övergripande strukturell och funktionell nivå var påtagliga på skola G under tiden för Österåkerprojektet och påverkade genomförandet av detsamma. Skolan genomgick under projektets första tid en sammanslagning med ytterligare en skola, vilket ledde till stor turbulens hos både personal och elever. Tydligt blev att mycket lite energi och tid fanns att lägga på hälsoprojektet. Två byten av skolledning bidrog till turbulensen samt till att fokus på hälsoteamets arbete minskade då den nya ledningen ej visade intresse för det.

”Och det [hälsoprogrammet] har inte kommit först på dagordningen tänker jag, utan det har funnits hela tiden viktigare saker, omorganisationen och våren var ju väldigt turbulent med att väldigt många skulle sluta i personalen, i övertalighet och för omförflyttningar. Och det sliter så mycket energi från personal, så att gå och sätta sig på sådana här möten, nej, det är inte riktigt, de är inte där liksom.”(Medlem 11 hälsoteam)

Även inom kommunens organisation skedde organisatoriska förändringar under projektets gång. Två förvaltningar och nämnder delar nu på ansvaret för skolorna, vilket tycks leda till att ansvar för ett projekt som Österåkerprojektet hamnar mellan stolarna.

En bidragande faktor tycks även vara att de personer som fungerade som ”spindeln i nätet” slutade sina arbeten utan att ersättas. Istället överfördes dessa personers arbeten till andra tjänster, vilket ledde till ett glapp i uppföljning och engagemang på förvaltningen. Dessa faktorer upplevdes, av representanter för kommunen, som försvårande i vidmakthållandet av projektet, samtidigt som det också sågs som en naturlig följd av sakers gång. Dokumentation nämndes som en möjlighet att överbrygga byte av ansvariga tjänstemän/kvinnor.

Gällande resurser var brist på tid ett hinder för genomförande av projektet, vilket alla hälsoteam uttryckte på olika sätt. Arbetet på en skola är hela tiden uppdelat i schema och den centrala delen av arbetstiden för lärare på en skola utgörs just av att vara tillsammans med eleverna med ett väldigt litet utrymme för annat.

”Ja, om det är till exempel, om vi nu prioriterar att idrottsläraren är undervisningsfri eller något annat, så då så..., då kostar det pengar naturligtvis. Men för att kunna då ha en ansvarig i hälsoarbetet så måste det bli så. Och det, i och med att vi är så bundna med barnen hela tiden, så vi kan inte frigöra oss, vi är inte så många att vi kan passa varandras barn, och säga, nu ska jag gå och göra det här, utan vi har allihop något att göra hela tiden, så vi kan inte bara gå och göra saker så.” (Medlem 16 hälsoteam)

Skolan utgör också en populär arena för många typer av projekt, vilket tidvis kan göra det svårt för personalen att skilja projekten åt. Olika direktiv från Skolverket skapar också ständiga fokusbyten för personalen. Införandet av den nya skollagen tog till exempel mycket

tid och arbete just under tiden för projektet. Personalen måste ständigt prioritera och bortprioritera.

”Att det är för mycket projekt oftast på gång samtidigt. Och att det ibland kan vara svårt att hitta forum för när man ska diskutera frågorna. Alltså det är en evig kamp om tiden.” (Medlem 1 hälsoteam)

Hälsoteamen på de tre skolorna uttryckte att tidsprioriteringar är skolledningens ansvar där teamet på skola I fann sin skolledning tydlig med just detta, samtidigt som de också uttryckte att mer tid skulle underlätta genomförandet av projektet. På skola A underlättades genomförande av projektet under dess första år av att några av lärarna i hälsoteamet hade lite extra tid i sina scheman. Detta möjliggjorde förberedelser och ansvar för hälsoaktiviteterna på skolan, aktiviteter som sedan föll bort på grund av att dessa lärare inte längre hade någon extra tid. Här efterfrågades tydliga direktiv från skolledningen att avsätta arbetstid för medlemmar av hälsoteamet. På skola G fanns motstånd mot den extra arbetstid som lades till lärarnas scheman i samband med hälsoarbetet. Organisatoriska förändringarna samtidigt med införandet av ny skollag och andra pågående projekt gjorde att hälsoprojektet hamnade i skymundan. Även på denna skola efterfrågades tydliga direktiv från ledningen, dels gällande avsatt arbetstid för hälsoteamet, men även gällande den extra arbetstid som drabbade lärarkåren.

Inget av hälsoteamen på dessa tre skolor upplevde något specifikt stöd från kommunal nivå i genomförandet av projektet. Teamet på skola G uttryckte att ett tydligare sådant stöd kunde medföra att skolledningen skulle ta allvarigare på projektet. På skola A efterlystes ett tydligare ansvar från kommunen i att upprätthålla programmet efter projektets slut. Flertalet teammedlemmar på samtliga skolor uppfattade att kontakten med KI/SLL gjort teamets arbete mer intensivt och misstänkte att takten i teamarbetet skulle komma att avta än mer när inte KI/SLL längre fanns till hands.

”[...]varför hänger inte nu Österåkers kommun på här och kanske tar över rollen, kanske inte med workshops, eller varför inte förresten en gång per termin, och inte med alla liksom egenexpertis på allting, men fortfarande frågorna, dem kan man ha. Till våren, vi vill veta, vi tycker att det är så viktigt, så vi vill höra att det här fungerar på skolorna.” (Medlem 4 hälsoteam)

Även representanter för kommunen befarade att vidmakthållandet av hälsoarbetet skulle avta då projektstödet försvann. Här uttrycktes vikten av att kommunen överbryggat detta för att nå bra resultat. Samtidigt ansågs även en nedtrappning av hälsoarbetet som ett faktum i projekt som detta och att det som varit bra under projektet troligtvis lever vidare på varje enskild skola.

Att projektet drevs på skolorna utan vidare inblandning från kommunal förvaltning eller politiker sågs som naturligt för kommunrepresentanterna. Synen tycks även vara att skolorna är egna enheter som själva tar ansvar för arbeten som detta. Förvaltningarna beskrevs som stora med många frågor där detta projekt endast gällde ett fåtal skolor vilket gjorde att projektet ”fått ticka på” och skötas ute på skolorna utan vidare kommunal insyn eller särskilduppmärksamhet.

”[...]vi är en jätteförvaltning, vi har hand om kulturen, vi har hand om fritiden, vi har hand om komvux, alltså vi har hand om hela skolan, förskolan, riktlinjer, lagstiftning, så mycket, så det här projektet, det är ett litet projekt som har berört några skolor, och därför har det fått ticka och gå på de skolor som har varit aktiva, det har blivit resultatet.” (Kommunrepresentant 14)

Flertalet av de fyra kommunrepresentanterna hade inte funderat över hur en fortsättning skulle kunna se ut, men uttryckte att en fortsättning i någon form var önskvärd. Tankar kring

ett behov av insats från kommunen sågs som ett alternativ, men varierade mellan de fyra representanterna. Dessa varierade från att kommunen ska ta vid som den typ av uppföljande funktion som KI/SLL har haft, men utan dess specialkunskaper, till att lägga ut exempel på hemsidan eller till att de skolor som varit med fortsätter med det de tyckt varit bra på egen hand.

"[...]Så egentligen så skulle jag önska att projektet kunde leva vidare i någon form, det vill man ju alltid när ett projekt slutar." (Kommunrepresentant 14)

Karaktäristiska hos interventionen

Vad gäller interventionens komponenter genomförde samtliga tre hälsoteam återkommande möten under interventionens första tid, för att sedan tunnas ut mer och mer i takt med att uppgifter från KI/SLL såsom SHN och återkoppling på handlingsplan inte kom lika ofta.

"Som vanligt i sådana här grupper så är det ju mest arbete i början, men det kan vara lite så här spretigt i början och sedan blir det ett bra arbete och sedan blir det lite pust, lite fallande kan jag tycka." (Medlem 4 hälsoteam)

Vikten av att hålla återkommande möten i hälsoteamen sågs av medlemmarna som en viktig del för att vidmakthålla fortlevnaden av ett hälsoprojekt som detta, samtidigt har inget av de tre hälsoteamen längre återkommande möten. I skola G hade hälsoteamet tydligt upplösts av rektor, medan teamen i skola I och A fortfarande existerar. Skälen till att dessa team inte längre hade möten angavs vara brist på tid, avhopp i teamet samt brist på uppskattning från skolledning och kommun.

Kapacitet inom organisationen/skolan

I utformningen av hälsoteamen uttryckte medlemmarna på skola I och A att rektor respektive skolsköterska hade initierat projektet på skolan och att de blev tillfrågade eller fick anmäla intresse för deltagande i teamet. Alla upplevde sitt deltagande i teamet som naturligt utifrån sin profession och/eller sitt intresse för hälsa.

Dåvarande rektor initierade projektet på skola G och utsåg medlemmarna. Dessa uttryckte i intervjuerna att de aldrig fick någon tydlig information om projektets syfte eller omfång. Bristen på klarhet var ett återkommande inslag på hälsoteamets möten och påverkade fokus, effektivitet och styrning av teamets arbete. Det personliga intresset fick dock medlemmarna att stanna kvar i hälsoteamet.

"Ja, vi började, vi började med att vi bara skulle vara med, och då förstod man egentligen inte vad det handlade om, utan vi fick bara veta utav den dåvarande rektorn att vi skulle ha..., vara med i det här projektet." (Medlem 5 hälsoteam)

Hälsoteamen på skola A och G drabbades av relativt många avhopp från teammedlemmar och uppgav att en minskning av antalet medlemmar medförde negativa effekter på arbetsstrukturen, möten och självfallet att de bidrag som de olika professionerna i gruppen gav uteblev. Avhopp medförde även att engagemanget hos kvarvarande medlemmar sjönk.

"Ja, man tappade ju hoppet, folk hoppade av, vad fanns det för mening med att ha en hälsogrupp". (Medlem 4 hälsoteam)

Alla hälsoteam poängterade vikten av att inkludera den övriga personalen på skolan i hälsoarbetet.

"Men det handlar om att man ska få, som jag sade förut, det handlar om att få ut det, informationskanalerna ner så att hela personalgruppen känner sig involverad, så att det inte känns bara som att, ja, nu har de där sex stycken

suttit och beslutat något igen. Men alltså de måste känna sig delaktiga och kunna komma..., känna att de kan komma tillbaka med.” (Medlem 9 hälsoteam)

Att inte lägga någon extra börda på lärarna ansågs viktigt. På skola A och I undveks detta genom planering och förberedelse för att kunna ”servera” lärare aktiviteter, vilket upplevdes som framgångsrikt. Skola I hade kontinuerligt pågående diskussioner i personalgruppen för att nå konsensus i hur skolan skulle arbeta. Just dessa två faktorer angavs som skäl till att övrig personal också mottagit hälsoarbete på skolan väl.

Hälsoteamet på skola G upplevde att det varit svårt att intressera övrig personal för hälsoarbetet, särskilt lärare i de högre årskurserna. För lite avsatt tid för att inkludera övrig personal, den extra arbetstiden, knapphändiga introduktion till det nya ämnet, medial kritik samt de stora organisatoriska förändringarna på skolan upplevdes som tydliga hinder. Varken ny eller befintlig personal hade blivit ordentligt inkluderade något som hälsoteamet ansåg att skolledningen borde ha tagit ansvar för. Mer och kontinuerlig information dels från teamet, men i första hand från skolledningen sågs som nödvändig.

Just skolledningen nämndes som ytterst viktig för vidmakthållande i ett projekt som Österåkersprojektet av alla de tre teamen. Medlemmarna på skola I angav sig uppleva ett tydligt stöd från sin rektor med ett personligt engagemang och tydligt poängterande av vikten av detta arbete inför övrig skolpersonal. Rektorn hade den ledande rollen i hälsoteamet och övriga medlemmar såg dennes deltagande som en tydlig framgångsfaktor i hälsoarbetet särskilt då rektor är den personen på skolan som ytterst sätter prioriteringar, kan lägga om möten och aktiviteter på skolan.

Rektor på skola A deltog i hälsoteamets möten till en början för att sedan avstå. Här tycktes skolledningen hålla sig neutral, utan att motsätta sig gruppens arbete, men heller inte främja det. Detta angav hälsoteamet som ett tydligt skäl till det avstannade arbetet och upplevde det också omöjligt att bedriva liknande arbete utan aktivt stöd från skolledningen. På skola G var det tydligt att rektorn till en början utgjorde ett stort stöd för hälsoteamet, den direkt drivande personen av detsamma. Flera skiften av skolledning hade tydligt inneburit ett alltmer minskat stöd för hälsoteamets arbete. Teammedlemmarna såg fortfarande rektor som teamets ledare, troligen utifrån den ledande roll den initierande rektorn hade haft. Då nuvarande rektor uppenbart sällan eller aldrig deltog i möten medförde detta att teamet inte kunnat fatta några beslut vilket fördröjde teamets arbete.

”Det var egentligen, vi har ju haft tre rektorer, och så två biträdande rektorer som sprang ut och in i det här mötet, och de kändes inte seriösa under den..., när de kom, så att det kändes inte som de lade ner så mycket seriös tid på vårt team, så vi kände, man kände väl kanske, att varför ska vi sitta här, och vår tid när vi kan planera annat, jag..., man har ju ganska mycket att göra. Så jag tror att det liksom, det blev, det löstes upp på grund av att ledningen inte tog sitt ansvar. Jag hade gärna suttit kvar och jobbat vidare med de frågorna.” (Medlem 8 hälsoteam)

Även representanter för kommunen beskrev just rektorer som nyckelpersoner för ett projekt som detta. Om skolledningen är positiv sipprar detta ner i personalgruppen ansågs det. Rektorerna beskrevs även som de som faktiskt bestämmer vad som ska införas på en skola, där kommunförvaltning bara har en rådgivande röst. Rektorer beskrevs som självbestämmande och autonoma att driva sin skola utifrån rådande skollag, något kommunförvaltningen eller politiker inte rör över.

”[...]men det är ju också det med vår produktionsorganisation, att det är rektorerna som ska ha möjlighet att själv bestämma hur de vill utforma sin verksamhet.” (Kommunrepresentant 10)

Diskussion

Lärdomarna av genomförande av Österåkersprojektet är många. Syftet var att utveckla en modell för hur skolor kan arbeta integrerat kring matvanor, fysisk aktivitet, förebyggande av övervikt och självkänsla. Projektet är unikt genom att utgå från skolornas egna förutsättningar och bygga på deltagande från skolpersonal i planeringen och genomförande, vilket är viktiga framgångsfaktorer för följsamhet och vidmakthållande (50, 52), och samtidigt vara kunskapsbaserat. Projektet har generellt upplevts som bra, viktigt och roligt att arbeta med av hälsoteamen på skolorna.

Effekter på skolnivå

Alla skolor genomförde hela programmet, förutom en skola, som inte skrev och fullföljde en handlingsplan. Detta visar att programmet i sin helhet är genomförbart. Stödet från en extern organisation som KI/SLL var uppskattat, men också helt avgörande för att driva arbetet framåt. Utvärderingen visade att det som har fungerat mindre bra var genomförandet av handlingsplanerna, där ansvaret låg helt på skolorna. Av totalt 56 planerade insatser blev bara 27 genomförda som det var tänkt. Ändå sågs säkerställda positiva utfall på skolornas rutiner och miljö gällande fysisk aktivitet, mat och psykisk hälsa. De självrapporterade förbättringarna var flest efter det första året och minskade sedan något under andra året, vilket också överensstämmer med projektledningens intryck och hälsoteamens utsagor av att aktiviteten var störst under det första året. Detta resultat visar att skolan och hälsoteamen hade förmågan, med externt stöd, att hitta egna lösningar på lokala behov, och genomföra dem.

I intervjuerna framkom att stödet från skolledningen var en avgörande faktor. En aktiv, deltagande och stödjande skolledning kan skapa legitimitet och vidmakthållande av denna typ av projekt, medan en mindre stödjande ledning tycks vara otillräckligt. Det framstår även som avgörande att själva utförarna, medlemmarna av hälsoteamen, inkluderas och är medbestämmande. Att rektor skapar en tidsstruktur för personal att kunna driva ett projekt som detta tycks vara väsentligt. Att ha tydligt strukturerad tid för möten och för förberedelse och genomförande visade sig framgångsrikt. Samtidigt tycks det även viktigt att projekt inte är alltför tidskrävande. Arbetet med eleverna och skolämnena kommer alltid i första rummet och därutöver behövs anpassade material eller verktyg som skolpersonal lätt och direkt kan använda utan att det kräver så mycket övrig förberedelse. Detta medför även att övrig skolpersonal lättare kan slussas in i arbetet. Personalomflyttningar av olika skäl, är naturliga inom alla organisationer. Likväl visar sig detta vara en svag länk i genomförande och vidmakthållande för fleråriga projekt som detta vilket bör om uppmärksammas.

Organisatoriska förändringar är en ytterligare faktor som försvårar genomförandet då det leder till instabilitet i personalgruppen. Deltagande i denna typ av projekt bör därför övervägas noga och måhända hellre påbörjas efter att en stabilisering på skolan skett.

Den kommunala strukturen kan spela roll för hur ett projekt av denna typ kan leva vidare. I Österåkers kommun är organisationen uppdelad på ett sådant sätt att skolverksamheten beställs av en förvaltning och genomförs av en annan. Detta kan få ett projekt som gäller endast vissa skolor att falla mellan stolarna. När den externa stödfunktionen avlägsnar sig, tycks det viktigt att den i någon form ersätts för att arbetet ska fortsätta på skolorna. Kommunal förvaltning kan här utgöra ett alternativ, men försvåras av den förvaltningsmässiga uppdelningen i beställare och utförare. Synen på skolorna som mer eller mindre autonoma enheter tycks också spela in här. Medan utförarna, medlemmarna ur hälsoteamen, efterlyser en större inblandning och engagemang från kommunalt håll är kommunen osäker på om och hur detta ska se ut. Det ter sig därför framgångsrikt att överväga strukturen för det kommunala engagemanget tidigt under projektet, dels för att inte hamna mellan förvaltningar eller mellan skola och förvaltning och dels tydliggöra för utförarna/hälsoteamen vad de kan förvänta sig.

I ett framtida projekt av den dimensionen som Österåkersprojektet med nio interventionsskolor och lika många jämförelseskolor verkar det ofrånkomligt att en eller flera dedikerade resurspersoner måste ställas till förfogande för att koordinera genomförandet och se till att hälsoarbetet på sikt blir en integrerad del av skolornas och kommunens verksamhet. Att överlåta denna uppgift till rektorer, skolpersonal eller tillfälliga kommunala tjänstemän är för sårbart, då dessa personer ofta måste ta hand om akuta problem som tar all deras tid och uppmärksamhet.

Effekter på elevnivå

När det gäller förändringar på elevnivå efter två års intervention sågs vare sig positiva eller negativa signifikanta interventionseffekter vad gäller matvanor, fysisk aktivitet, viktstatus eller självkänsla i hela gruppen. Enstaka positiva interventionseffekter sågs på skalorna för fysisk självkänsla och beteende i årskurs 2-kohorten. Vi såg också enstaka signifikanta försämringar i interventionsgruppen i vissa kohorter såsom rastaktivitet i årskurs 4, frukostvanor i årskurs 7 och självkänsla i årskurs 7. Det sistnämnda gällde dock bara flickorna, där effekten var mycket tydlig. I och med att vi testade så många olika utfall kan enstaka signifikanta resultat tillskrivas fenomenet masssignifikans, det vill säga ju fler utfall man testar, ju större är chansen att en skillnad blir signifikant av bara slumpen. En lärdom av detta är därför att ha färre och välmotiverade utfall, då det annars kan bli mycket svårt att visa på säkerställda effekter av interventionen. Man bör dock vara observant på försämringen i global självkänsla bland flickorna i årskurs 7 i interventionsskolorna, som var starkt signifikant. Det gjordes ett antal insatser för att förbättra självkänslan på dessa skolor, men vi kan inte säga om det var dessa insatser som hade negativ effekt eller om det negativa resultatet helt enkelt berodde på att frågan fick uppmärksamhet. Detta bör följas noga i framtida interventioner som denna och då gärna med den utvidgade enkäten om självkänsla. Det har visats att en av de starkaste bestämningsfaktorerna för självkänsla hos flickor utöver skolprestation är hur deras utseende bedöms av andra och om de retas för sitt utseende och sin kroppsvikt (72). Hos flickor med högt BMI försämras självkänslan också mer över tid än hos flickor med lågt BMI (23).

Med tanke på den delvis lyckade implementeringen av programmet i sin helhet måste det finnas andra skäl till den uteblivna effekten på elevnivå. Det finns ett antal möjliga förklaringar som relaterar till följande områden: 1) Handlingsplanernas innehåll och genomförande; 2) mätmetoder; 3) eleverna; och 4) skolorna som diskuteras nedan.

Handlingsplanerna skrevs av hälsoteamen på basis av resultatet i första SHN. SHN är i sig kunskapsbaserad på det sätt att de fyra modulerna är utvecklade på basis av de viktigaste bestämningsfaktorerna för övervikt och fetma på individ- och organisationsnivå, och som har visats vara påverkbara i skolbaserade interventioner. Genom SHN har hälsoteamen på så sätt fått vägledning i vilka frågor de bör fokusera på i sina handlingsplaner. Även de fyra utbildningarna om matvanor, fysisk aktivitet, psykisk hälsa och utepedagogik syftade till att arbetet skulle vara kunskapsbaserat. Skolorna uppmanades att inkludera insatser från minst tre av modulerna i sina handlingsplaner och då främst sådana områden där de hade svagheter. Resultaten visade dock att flertalet skolor valde områden där de redan var starka (2 eller 3 poäng i SHN) och där förbättringsutrymmet inte var så stort. Hälsoteamen hittade gärna själv på insatser baserade på det egna professionella kunnandet, vilket inte behöver vara en nackdel, men det innebar samtidigt att den av projektledningen levererade verktygslådan utnyttjades dåligt. En ytterligare svårighet för skolorna var att de inte kände till resultatet av elevhälsoenkäten när handlingsplanerna skrevs, vilket innebar att de inte exakt kunde veta vilka behov som fanns hos eleverna. Vi rekommenderar därför att man i framtiden har elevdata till hands när handlingsplanerna ska skrivas. Detta görs enklast genom datoriserade elevenkäter, där resultaten snabbt kan återkopplas. Handlingsplanernas målbeskrivningar var inte heller helt perfekta när det gällde att skriva SMARTA mål. Här bör projektledningen i framtiden ge mer stöd och hjälpa hälsoteamen att formulera mål och insatser så att de verkligen är SMARTA och samtidigt hjälpa till att identifiera lämpliga

indikatorer för att utvärdera om de har genomförts som det var tänkt. Denna process är en ytterst delikat balansgång mellan att styra och ge deltagarna frihet så att det fortfarande kan kallas ett deltagarstyrt angreppssätt. Man måste säkra att hälsoteamen har kvar motivation och initiativförmåga, som är av avgörande betydelse för implementeringsprocessen. Att bara 48 procent av insatserna implementerades till fullo visar på svårigheterna för skolorna att genomföra sina planer. Enligt intervjuerna med hälsoteamen upplevde dessa bristande tid och engagemang från skolledning och i den kommunala förvaltningen hamnade ansvaret för projektet mellan stolarna. Generellt höll hälsoteamen en hög ambitionsnivå under båda åren, men upplevde en viss frustration i och med att skolledningen inte ställde några medel till förfogande. I en tidigare studie från Stockholms län framkom också att rektorernas attityder hade stor betydelse för det hälsofrämjande arbetet kring matvanor och fysisk aktivitet, bland annat för att det på skolor med positiva rektorer fanns en tydlig struktur för arbetet med dessa frågor (73).

Om ett utvecklingsprojekt som detta ska genomföras på ett effektivt sätt behövs sannolikt extra resurser tillsättas för en koordinator som förmår att hålla arbetet levande och driva det fram mot uppsatta mål samt resurser för redskap eller material. Elevhälsan skulle i kraft av sin professionella kunskap och sitt uppdrag vara den perfekta placeringen för en sådan person. Att elevhälsopersonalen relativt snabbt lämnade hälsoteamen kan delvis förklaras med att svininfluensan dök upp i Sverige under projektets första år och att personalen fick fullt upp med vaccinationer. Skolverket har i ett pressmeddelande meddelat att en stor satsning kommer att göras på elevhälsan fram till 2015. Det handlar delvis om bidrag till personalförstärkningar inom elevhälsan, men också om att ta fram stödmaterial och utbildning (74).

Ett annat skäl till varför vi inte såg effekter på elevnivå kan vara att frågorna i hälsoenkäten, som täckte senaste veckan, inte var tillräckligt känsliga för att fånga upp förändringar. Även om enkäten var validerad mot matdagbok och accelerometer är detta ingen garanti för en hög sensitivitet. Svarskategorierna var ganska grova och här behövs kanske mer känsliga instrument. Ett alternativ när det gäller fysisk aktivitet är att använda objektiv metodologi såsom aktivitetsmätare. Längd och vikt mättes och måste därför anses som tillförlitliga mått. Det är också möjligt att mätningarna/utvärderingen gjordes vid fel tidpunkt. Insatserna på skolan var som mest intensiva under det första året, och om mätningen hade skett då hade det eventuellt kunnat visa på förbättringar. Det är också möjligt att effekterna på elevnivå visar sig först på längre sikt. Det optimala vore därför att hälsoenkäten genomförs varje år och är datoriserad för en snabb återkoppling av resultat samt att förändringar kan följas över längre tid. Det är dock viktigt att inkludera en kontrollgrupp, då det när det gäller barn sker förändringar i vanor och hälsostatus alldeles oberoende av en intervention.

Ett tredje skäl skulle kunna vara att elevernas levnadsvanor och hälsostatus var så bra från början att det var svårt att åstadkomma förbättringar med dessa relativt måttliga insatser i skolorna. I den internationella WHO-studien om skolbarns hälsovanor (75) uppgav 85 procent av svenska barn att de ser på tv högst 3 timmar per dag på vardagar, medan det i vår kohort var 93 procent. I WHO studien angav 80 procent av svenska trettonåringar att de åt frukost varje dag, medan det i denna studie var 86 procent. Prevalensen av fetma var 3 procent i denna studie, vilket är relativt lågt i internationell jämförelse. Detta understryker betydelsen av att utgå från lokala hälsodata i framtida skolprojekt och att arbeta i områden med större behov än vad som var fallet i Österåkers kommun. Att vi ändå utförde projektet i en relativt välmående kommun berodde på kommunens intresse för frågorna och att vi fick möjligheten att testa detta modellprojekt.

Ett fjärde skäl skulle kunna vara att skillnaden i hälsoarbete mellan interventions- och jämförelseskolorna inte var tillräckligt stora för att ge någon mätbar skillnad på elevnivå. Under projektets gång pågick en del aktiviteter vid jämförelseskolorna och interventionsskolorna valde i hög utsträckning aktiviteter i sin handlingsplan som de redan hade påbörjat före projektstart. Ökningen i aktivitet bland interventionsskolorna var tydligast

under det första året och avtog sedan under andra året. Det hade varit önskvärt att även genomföra SHN i jämförelseskolorna för att mer precist kunna kartlägga deras aktivitet både före och efter. Men detta hade krävt att ett hälsoteam skulle bildas vid skolan för att besvara SHN, vilket i sin tur hade inneburit stor risk för att ett utökat hälsoarbete hade påbörjats vid jämförelseskolorna i likhet med interventionsskolorna.

En svaghet med studien är den kvasiexperimentella designen. Skolorna fördelades inte slumpmässigt till intervention och jämförelsegrupp, utan valde själv om de ville delta eller inte. Detta kan innebära en sämre intern validitet det vill säga osäkerhet om vad som orsakade det positiva utfallet på skolnivå (76). Vi kan inte utesluta att personalen vid interventionsskolorna hade ett större intresse för hälsoarbete generellt jämfört med jämförelseskolorna. Valet av en kvasiexperimentell design med självselektion berodde i den här studien på praktisk genomförbarhet. Alternativet att randomisera skolorna som ville delta i projektet hade lett till en halvering av antalet deltagare och dessutom stor risk för ”kontamination”, det vill säga att kontrollskolorna skulle sätta igång ett hälsoarbete i alla fall. I studier med en kvasiexperimentell design är det särskilt viktigt att kontrollera att deltagarna i interventions- och jämförelsegruppen är tillräckligt lika varandra vid baslinjen (76), vilket i stort sett var fallet i denna studie. På elevnivå sågs inga avgörande skillnader mellan interventions- och jämförelseskolorna vid start. Bristen på randomisering utgjorde därför inget problem ur det perspektivet.

Internationell utblick

Internationellt har det genomförts andra komplexa interventioner i skolmiljö som bygger på kapacitetsuppbyggnad, delaktighet och skraddarsydda handlingsplaner. I en studie från Australien, som också hade kvasiexperimentell design, minskade BMI z-värdet signifikant med 0,1 enheter under 3 år (77). Detta kan tyckas lite, men har ändå betydelse på befolkningsnivå. Ett annat fyraårigt projekt i ett resurssvagt område i USA, där School Health Index (som var förlaga för SHN) användes och med i stort sett samma programkomponenter som i vårt program, sågs också förbättringar i barns viktstatus (78). I både Australien och USA är prevalensen av barnfetma 2–3 gånger högre än i Sverige, vilket kan förklara varför man har lyckats bättre där. Många av de insatser som föreslås i amerikanska studier finns redan i en typisk svensk kommun som Österåker, till exempel säkra cykelbanor, fritidsaktiviteter och näringsriktiga skolmåltider, vilket i övrigt kan vara en del av förklaringen till varför fetmaprevalensen är lägre i Sverige än i USA och är därför svårare att påverka. En annan amerikansk studie som är intressant att jämföra med vårt projekt gjordes i ett låginkomstområde i Pennsylvania bland skolbarn i årskurs 4–6 (79). Även här användes School Health Index för att skolan skulle göra en självbedömning av sitt hälsoarbete. Interventionen var baserad på amerikanska myndigheters rekommendationer för hälsosamt ätande och fysisk aktivitet. Målet var att minska incidensen av övervikt och fetma under en 2-års period. Resultatet blev att andelen elever i interventionsskolorna som gick från normalvikt till övervikt var 7,5 procent på två år, medan det var 15 procent i jämförelseskolorna, vilket togs som ett positivt resultat för interventionen. Jämfört med våra resultat där vi såg att 4–5 procent av barnen gick från normalvikt till övervikt och fetma under två år och lika många gick åt motsatt håll i båda grupperna. Här syns alltså en tydlig skillnad mellan våra och de amerikanska resultaten, som stödjer tidigare rapporter om att prevalensen av barnfetma är stabil i Sverige, men fortsätter att öka i USA.

Apple-projektet är en kommunbaserad skolintervention i Nya Zeeland med barn i åldern 5–12 år som också har visat lovande resultat (80). Studien omfattar bara två kommuner och kallas därför en pilotstudie. Även i denna intervention var deltagarna aktiva i planeringen. Varje deltagande skola fick en aktivitetskoordinator ställd till förfogande som koordinerade aktiviteter för barnen under och efter skoltid. Dessutom fick barnen undervisning om betydelsen av att minska intaget av sötade drycker och att öka intaget av frukt och grönsaker.

För- och nackdelar med deltagarstyrning

Deltagarstyrning innebär att deltagare och utförare av interventionen deltar i utformningen av programmet samt i beslut kring mät- och utvärderingsmetoder. Motsatsen till detta är ett expertstyrt angreppssätt, där en manual lämnas ut med detaljerade anvisningar på genomförande och utvärdering och där utförarna tränas i att göra exakt som det står i manualen. Detta arbetssätt påminner mer om kliniska studier med höga krav på intern validitet och passar kanske bättre i vården, där det hälsofrämjande och förebyggande arbetet tillhör kärnverksamheten. I skolan är kärnverksamheten utbildning och hälsofrämjande och förebyggande har lägre prioritet, med undantag för elevhälsan. Ett deltagarstyrt angreppssätt förordas av ledande experter inom området: "Developing partnerships with teachers and administrators via community-based participatory research (CBPR) strategies is key for developing initial buy-in for interventions, institutionalizing new school policies, sustaining curricula usage, or maintaining healthy school environments" (49). På följande sätt kan Österåkerprojektet sägas vara deltagarstyrt i väsentliga delar:

- a) SHN anpassades till svenska förhållanden med hjälp av den gemensamma styrgruppen för projektet
- b) Elevhälsoenkäten tog sin utgångspunkt i kommunens elevhälsoenkät, men anpassades för projektet i samråd med styrgruppen och validerades av projektledningen
- c) Varje skolas hälsoteam utvecklade sin egen handlingsplan med stöd av forskargruppen;
- d) Innehållet i de fyra workshopparna bestämdes i samråd med styrgruppen
- e) Hälsoteamen utvärderade själv förändringarna på skolnivå och bedömde i vilken omfattning insatserna hade genomförts.

Först och främst är fördelarna med deltagarstyrning att det gav en större motivation att delta i ett program som man själv har varit med om att planera, och bortfallet minskar (81). Samtidigt sker en kapacitetsuppbyggnad som möjliggör att programmet vidmakthålls i det långa perspektivet. Forskningen kring vidmakthållande (50) indikerar att det är av största vikt att skolpersonal känner att de nya rutinerna har ett egenvärde och bidrar till skolans övergripande mål. Det är intressant att notera att det är av större betydelse att ett program känns relevant och gör nytta än att det har påvisad effektivitet (50).

Det finns ett antal utmaningar med ett deltagarstyrt angreppssätt. För det första innebär deltagarstyrning att handlingsplanerna blir olika från skola till skola. Däremot var övriga programkomponenter såsom hälsoteam, SHN, workshoppar och utbildningar identiska. Olikheten i handlingsplanerna innebär att programmet blir svårare att utvärdera. Eftersom alla inte gör samma sak blir effekten på enskilda utfall till exempel fysisk aktivitet också svagare, vilket kan innebära att man behöver fler skolor för att kunna påvisa statistiskt säkerställda effekter. Ett annat problem är att deltagarna inte inser värdet i att hålla en hög vetenskaplig nivå i arbetet. För att undvika detta kan man arrangera workshoppar före ett nytt program startas där parterna går igenom vad evidensbaserat folkhälsoarbete står för såsom betydelsen av programtrohet, validitet i mätmetoder m.m., och diskuterar den praktiska utmaningar för att skapa ömsesidig förståelse för varandras perspektiv och förebygga problem. I detta projekt fanns hög följsamhet till programmet i stort, men däremot en ganska låg följsamhet vad gällde skolornas egna handlingsplaner.

En tredje utmaning är den långa tid denna ansats tar. Från de första kontakter med Österåkers kommun till publicering av denna rapport har det gått fem år, vilket kräver att både forskarna och praktiker organisationer är relativt stabila. För kommunens del har centrala tjänstemän, rektorer och skolpersonal bytts ut i flera omgångar. Dessutom har två skolor har slagits ihop. Under 2010 beslutades om en ny skollag och 2009 kom svininfluensan, vilket innebar att elevhälsan fick fullt upp med vaccinationer. Långa uppföljningstider är ofrånkomliga om man dessutom vill visa på vidmakthållande, men det

vore en fördel med kortare intervaller mellan mätningar på elevnivå för att säkerställa att man inte missar eventuella kortsiktiga förbättringar.

En fjärde utmaning gäller finansiering. Detta projekt har delfinansierats med medel från Stockholmsläns landstings folkhälsoanslag med en fyraårig finansiering, vilket är ovanligt långt. För landstinget skall detta ses som en investering i det förebyggande arbetet som på sikt kan leda till färre kroniska sjukdomar och därmed lägre sjukvårdskostnader. Skolorna har däremot inte erhållit några extra resurser från kommunen för genomförandet, vilket också har kritiserats av hälsoteamen.

Sammanfattningsvis kan sägas att deltagarstyrning förefaller som den enda realistiska och hållbara vägen framåt när det gäller hälsofrämjande arbete i skolan. För att lyckas fullt ut behövs dock ett större engagemang från skolläda och kommun och sannolikt en extra resursperson som har det som sitt uppdrag att hålla arbetet levande när skolvardagen blir tyngd av nya direktiv och utmaningar. Samtidigt finns här en enorm potential att förbättra inläringen, hälsan och att minska social ojämlikhet i hälsa som vi inte får missa.

Slutsatser

- Redan innan programmets start pågick en del hälsofrämjande arbete på skolorna.
- Programmet i sin helhet har visat hög följsamhet på alla skolor, förutom en som inte skrev en handlingsplan.
- Stödinsatserna från KI/SLL har varit omfattande och nödvändiga.
- Hälsoteamen har fungerat bra och på de flesta skolor har arbetet genomförts med stor entusiasm, trots att förankringen av projektet på skolnivå var bristfällig till en början. Stödet från KI/SLL har uppfattats positivt.
- Skolorna upplever bristande stöd från kommunen och vissa hälso team har saknat stöd från rektor.
- Enbart 48 procent av de planerade insatserna genomfördes som det var tänkt.
- Programmet resulterade i en mer hälsofrämjande skolmiljö och det fanns en tendens till att de mest aktiva skolorna åstadkom större förbättringar.
- Skolornas handlingsplaner var inte tillräckligt fokuserade på skolans svagheter eller elevernas behov och målformuleringarna var ofta inte utvärderingsbara.
- Det fanns inga evidensbaserade metoder att erbjuda skolorna inom området självkänsla och kroppsuppfattning.
- Verktygslådan användes inte i den omfattning det var tänkt.
- SHN är bra att använda för att bedöma hälsofrämjande arbete i stort, men inte optimal för att studera följsamhet till handlingsplanerna.
- Programmet resulterade inte i mätbara förbättringar hos eleverna, som hade relativt bra levnadsvanor från början.
- Elevhälsan bidrog bara i liten omfattning till handlingsplanernas genomförande.
- Trots deltagarstyrning och kapacitetsuppbyggnad har programmet inte vidmakthållits på skolorna efter projektets slut.

Lärdomar

- 1) Projekt bör bedrivas i partnerskap mellan en kommun och en regional folkhälsoenhet, universitet eller högskola för att säkerställa tillgång till nödvändig utvärderingskompetens. Ett avtal bör skrivas. Starta inte utan en realistisk avsiktsförklaring från kommunen! Räkna med minst två helårslöner under projekttiden för projektledning och utvärdering för en mellanstor kommun med 10 deltagande skolor och motsvarande antal kontrollskolor. Kommunen eller skolorna måste vara beredda att avsätta resurser för förbättringar av ute- och/eller inomhusmiljön. En koordinator bör utses i kommunen för att säkra genomförande tills projektet har integrerats i den ordinarie verksamheten.
- 2) En styrgrupp bör tillsättas som träffas 2–3 gånger per år med alla parter representerade samt elevhälsan.
- 3) Innan start bör programmet förankras på varje skola och bland all personal samt elever för att säkra ett positivt mottagande.
- 4) Hälsoteamen bör ha en bred representation av flera personalgrupper och det måste avsättas tid för att träffas i teamen minst en gång per månad utöver workshoppar och fortbildningar. Elevhälsan bör spela en drivande roll under hela processen. Rektors aktiva stöd antingen i hälsoteamet eller i direkt närhet till hälsoteamet och dess arbete är en nödvändighet.
- 5) Resultat från SHN och elevhälsodata bör finnas tillgängliga när skolan skriver sin handlingsplan. Målen bör väljas med omsorg och baseras på elevdata.
- 6) Varje skolas handlingsplan bör diskuteras med projektledningen för att säkra att den svarar mot behov, och innehåller evidensbaserade och har SMARTA (specifika, mätbara, accepterade, realistiska, tidsbestämda, användbara) mål.
- 7) Verktygslådan behöver uppdateras och användningen stimuleras.
- 8) Lämpliga indikatorer för implementering bör utvecklas i samband med att handlingsplanen skrivs. Årliga mätningar bör göras och resultaten återkopplas.
- 9) Insatser i handlingsplanen bör påbörjas en efter en för att undvika uttröttnings. Programmet bör löpa över minst två år eller tills handlingsplanerna är helt integrerade i verksamheten.
- 10) Elevhälsoenkäten bör förbättras så att sensitiviteten i frågorna ökar och i högre grad fångar upp förändringar. Data samlas in via webben för att underlätta snabb återkoppling och upprepade mätningar över en längre tidsperiod.

Referenser

1. Regber S, Novak M, Eiben G, Bammann K, De Henauw S, Fernandez-Alvira JM, et al. Parental perceptions of and concerns about child's body weight in eight European countries – the IDEFICS study. *Pediatr Obes.* 2012 Sep 21.
2. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Copenhagen 2012. Available from: www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
3. Mackenbach JP. The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc Sci Med.* 2012 Aug;75(4):761–9.
4. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
5. Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010. Available from: www.folkhalsoguiden.se/upload/Mat/Handlingsprogram%20%c3%b6vervikt%20och%20fetma%202010-2013.pdf
6. Neovius M, Janson A, Rossner S. Prevalence of obesity in Sweden. *Obes Rev.* 2006 Feb;7(1):1–3.
7. Bergstrom E, Blomquist HK. Is the prevalence of overweight and obesity declining among 4-year-old Swedish children? *Acta Paediatr.* 2009 Dec;98(12):1956–8.
8. Lissner L, Sohlstrom A, Sundblom E, Sjöberg A. Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1999–2005: has the epidemic reached a plateau? *Obes Rev.* 2010 Aug;11(8):553–9.
9. Sundblom E, Petzold M, Rasmussen F, Callmer E, Lissner L. Childhood overweight and obesity prevalences levelling off in Stockholm but socioeconomic differences persist. *Int J Obes (Lond).* 2008 Oct;32(10):1525–30.
10. Sjöberg A, Lissner L, Albertsson-Wikland K, Marild S. Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Paediatr.* 2008 Jan;97(1):118–23.
11. Sjöberg A, Moraeus L, Yngve A, Poortvliet E, Al-Ansari U, Lissner L. Overweight and obesity in a representative sample of schoolchildren – exploring the urban-rural gradient in Sweden. *Obes Rev.* 2011 May;12(5):305–14.
12. Olds T, Maher C, Zumin S, Peneau S, Lioret S, Castetbon K, et al. Evidence that the prevalence of childhood overweight is plateauing: data from nine countries. *Int J Pediatr Obes.* 2011 Oct;6(5–6):342–60.
13. Summerbell CD, Douthwaite W, Whittaker V, Ells LJ, Hillier F, Smith S, et al. The association between diet and physical activity and subsequent excess weight gain and obesity assessed at 5 years of age or older: a systematic review of the epidemiological evidence. *Int J Obes (Lond).* 2009 Jul;33 Suppl 3:S1–92.
14. Pereira MA, Kartashov AI, Ebbeling CB, Van Horn L, Slattery ML, Jacobs DR, Jr., et al. Fast-food habits, weight gain, and insulin resistance (the CARDIA study): 15-year prospective analysis. *Lancet.* 2005 Jan 1–7;365(9453):36–42.
15. Barbieri H, Pearson M, Becker W. Riksmaten – barn 2003. Uppsala: Livsmedelsverket; 2006.
16. Svenska matvanor och matpriser. Trender i matkonsumtionen – folkhälsoaspekter. Jönköping: Jordbruksverket; 2011. Report No.: 2011:19.
17. Ekblom OB, Ekblom Bak EA, Ekblom BT. Cross-sectional trends in cardiovascular fitness in Swedish 16-year-olds between 1987 and 2007. *Acta Paediatr.* 2011 Jan 14.
18. Rasmussen F, Eriksson M., Bokedal C., Schäfer Elinder L. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, Statens folkhälsoinstitut 2004. Report No.: R2004:1.

19. Social health inequalities in Swedish children and adolescents – a systematic review, second edition. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Report No.: A 2011:11.
20. Cole T, Flegal K, Nicholls D, Jackson A. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: international survey. *BMJ*. 2007;194–7.
21. Rosendahl KI, Sundblom E, Elinder LS. Trajectories of weight disturbances during adolescence in relation to gender in a Swedish cohort. *Acta Paediatr*. 2012 Mar;101(3):300–7.
22. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington DC: U.S. Department of health and human services 2008.
23. O'Dea JA. Self-concept, self-esteem and body weight in adolescent females: a three-year longitudinal study. *J Health Psychol*. 2006 Jul;11(4):599–611.
24. Brunet J, Sabiston CM, Dorsch KD, McCreary DR. Exploring a model linking social physique anxiety, drive for muscularity, drive for thinness and self-esteem among adolescent boys and girls. *Body Image*. 2010 Jan 20;7:137–42.
25. Cafri G, Thompson JK, Ricciardelli L, McCabe M, Smolak L, Yesalis C. Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clin Psychol Rev*. 2005 Feb;25(2):215–39.
26. European strategy for child and adolescent health and development Copenhagen: World Health Organization; 2007.
27. Second WHO European action plan for food and nutrition policy: tackling noncommunicable and acute diseases 2007. Copenhagen: World Health Organization; 2007.
28. Health, food and physical activity. Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity 2006. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2006.
29. Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2011.
30. Raulio S, Roos E, Prattala R. School and workplace meals promote healthy food habits. *Public Health Nutr*. 2010 Jun;13(6A):987–92.
31. Singh A, Uijtdewilligen L, Twisk JW, van Mechelen W, Chinapaw MJ. Physical activity and performance at school: a systematic review of the literature including a methodological quality assessment. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2012 Jan;166(1):49–55.
32. Van Dusen DP, Kelder SH, Kohl HW, 3rd, Ranjit N, Perry CL. Associations of physical fitness and academic performance among schoolchildren. *J Sch Health*. 2011 Dec;81(12):733–40.
33. von Haartman F, Jälminger A, Schäfer Elinder L. Österåkersprojektet – en deltagarstyrd intervention för goda matvanor och fysisk aktivitet i skolan. Delrapport 1. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
34. Brown T, Summerbell C. Systematic review of school-based interventions that focus on changing dietary intake and physical activity levels to prevent childhood obesity: an update to the obesity guidance produced by the National Institute for Health and Clinical Excellence. *Obes Rev*. 2009 Jan;10(1):110–41.
35. Doak C, Visscher T, Renders C, Seidell J. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev* 2006;7(1):111–36.
36. Dobbins M, De Corby K, Robeson P, Husson H, Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6–18. *Cochrane Db Syst Rev*. 2009.
37. De Bourdeaudhuij I, Van Cauwenberghe E, Spittaels H, Oppert JM, Rostami C, Brug J, et al. School-based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obes Rev*. 2011 Mar;12(3):205–16.

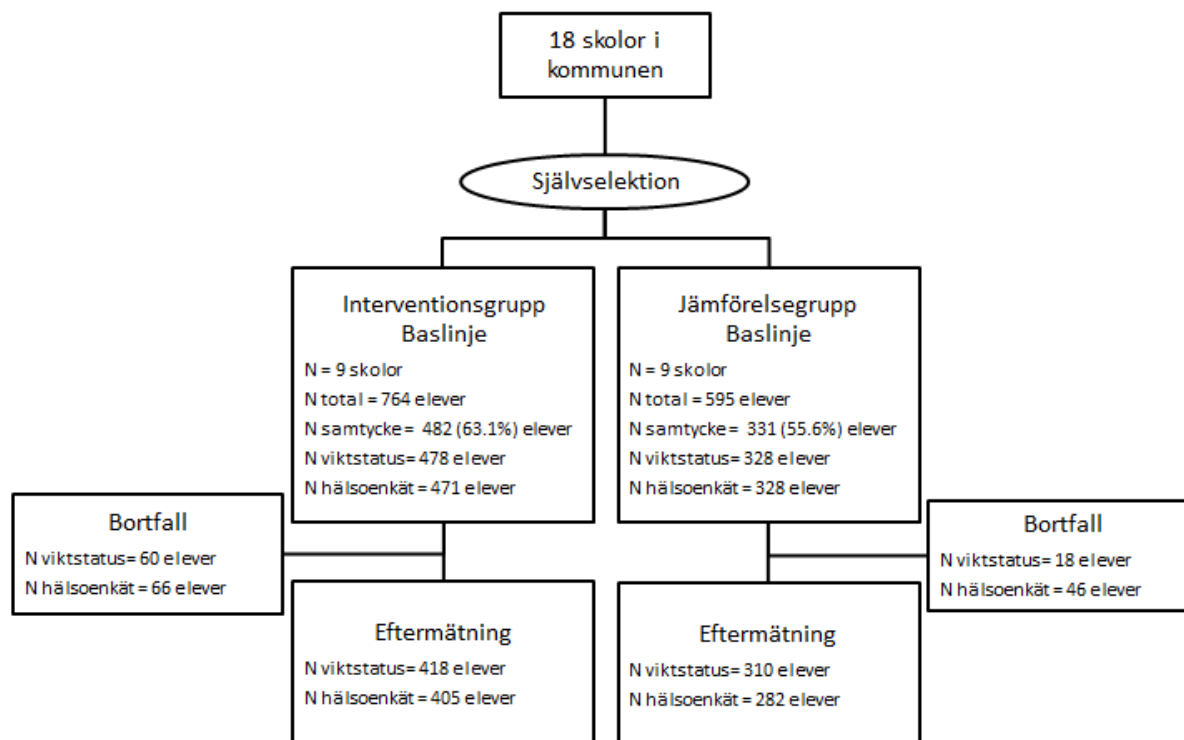
38. Waters E, de Silva-Sanigorski A, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, et al. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;12:CD001871.
39. Neumark-Sztainer DR, Wall MM, Haines JI, Story MT, Sherwood NE, van den Berg PA. Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *Am J Prev Med*. 2007 Nov;33(5):359–69.
40. Neumark-Sztainer D. Preventing obesity and eating disorders in adolescents: what can health care providers do? *J Adolesc Health*. 2009 Mar;44(3):206–13.
41. Haerens L, De Bourdeaudhuij I, Maes L, Vereecken C, Brug J, Deforche B. The effects of a middle-school healthy eating intervention on adolescents' fat and fruit intake and soft drinks consumption. *Public Health Nutr*. 2007 May;10(5):443–9.
42. Bjelland M, Bergh IH, Grydeland M, Klepp KI, Andersen LF, Anderssen SA, et al. Changes in adolescents' intake of sugar-sweetened beverages and sedentary behaviour: results at 8 month mid-way assessment of the HEIA study—a comprehensive, multi-component school-based randomized trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011;8:63.
43. Gugglberger L, Dur W. Capacity building in and for health promoting schools: results from a qualitative study. *Health Policy*. 2011 Jun;101(1):37–43.
44. Tang KC, Nutbeam D, Aldinger C, St Leger L, Bundy D, Hoffmann AM, et al. Schools for health, education and development: a call for action. *Health Promot Int*. 2009 Mar;24(1):68–77.
45. Fraser MW, Richman JM, Galinsky MJ, Day SH. Intervention research: developing social programs. New York: Oxford University Press; 2009.
46. Mercer SL, DeVinney BJ, Fine LJ, Green LW, Dougherty D. Study designs for effectiveness and translation research :identifying trade-offs. *Am J Prev Med*. 2007 Aug;33(2):139–54.
47. McGraw SA, Sellers D, Stone E, Resnicow KA, Kuester S, Fridinger F, et al. Measuring implementation of school programs and policies to promote healthy eating and physical activity among youth. *Prev Med*. 2000 Aug;31(2):S86–S97.
48. Thomas H. Obesity prevention programs for children and youth: why are their results so modest? *Health Educ Res*. 2006 Dec;21(6):783–95.
49. Lee R, Gortmaker S. Health dissemination and implementation within schools. In: Brownson R, Colditz D, Proctor E, editors. *Dissemination and Implementation Research in Health*. New York: Oxford University Press; 2012. p. 419–36.
50. Scheirer M. Is sustainability possible? A review and commentary on empirical studies of program sustainability. *American Journal of Evaluation*. 2005;26:320–47.
51. Flynn MA, McNeil DA, Maloff B, Mutasingwa D, Wu M, Ford C, et al. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with 'best practice' recommendations. *Obes Rev*. 2006 Feb;7 Suppl 1:7–66.
52. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008 Jun;41(3–4):327–50.
53. de Silva–Sanigorski A, Economos C. Evidence of multi-setting approaches for obesity prevention: translation to best practice. In: Waters E, Swinburn B, Seidell J, Uauy R, editors. *Preventing Childhood Obesity Evidence, policy and practice*. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
54. Skolhälsonyckeln. Karolinska Institutet; 2011. www.folkh  lsoguiden.se/upload/Mat/Broschyryr%20och%20material/Skolh%20c3%a4lsonyckeln.pdf.
55. Pearlman D, Dowling E, Bayuk C, Cullinen K, Thacher A. From concept to practice: using the School Health Index to create healthy school environments in Rhode Island elementary schools. *Preventing Chronic Disease*. 2005.
56. Elinder LS, Heinemans N, Hagberg J, Quetel AK, Hagstr  mer M. A participatory and capacity-building approach to healthy eating and physical activity – SCIP-school: a 2-year controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012, 9:145. DOI: 10.1186/1479-5868-9-145

57. Cole T, Bellizzi M, Flegal K, Dietz W. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 2000;1240–3.
58. Karlberg J, Luo Z, Albertsson-Wikland K. Body mass index reference values (mean and SD) for Swedish children. *Acta Paediatr*. 2001;1427–34.
59. Food-based dietary guidelines. Nordic Nutrition Recommendations 2004. Copenhagen: Nordic Council, Nord 2004;13; 2004.
60. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, Daniels SR, Dishman RK, Gutin B, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005 Jun;146(6):732–7.
61. Åberg-Lövenborg J. Relative validity and reliability of a health questionnaire regarding meal pattern and dietary intake among school children. Master thesis in Nutrition. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
62. Singh AS, Vik FN, Chinapaw MJ, Uijtendewilligen L, Verloigne M, Fernandez-Alvira JM, et al. Test-retest reliability and construct validity of the ENERGY-child questionnaire on energy balance-related behaviours and their potential determinants: the ENERGY-project. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011 Dec 9;8(1):136.
63. Lien N, Bjelland M, Bergh IH, Grydeland M, Anderssen SA, Ommundsen Y, et al. Design of a 20-month comprehensive, multicomponent school-based randomised trial to promote healthy weight development among 11–13 year olds: The HEalth In Adolescents study. *Scand J Public Health*. 2010 Nov;38(5 Suppl):38–51.
64. Dovberg E, Svärd L. Jämförelse mellan en subjektiv skattning och en objektiv mätmetod för fysisk aktivitet hos barn i årskurs fyra och sju. Bachelor thesis in Physiotherapy. Stockholm: Karolinska Institutet; 2010.
65. Harter S. Manual for the self-perception profile for adolescents. Denver, CO: University of Denver; 1988.
66. Wichstrøm L. Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: reliability, validity, and evaluation of the question format. *J Pers Assess*. 1995;100–16.
67. Maloney MJ, McGuire J, Daniels SR, Specker B. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics*. 1989 Sep;84(3):482–9.
68. Holm S. A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. 1979;6(2):65–70.
69. Ravens Sieberer U, Gosch A, Rajmil L, Erhart M, Bruil J, Power M, et al. The KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents: psychometric results from a cross-cultural survey in 13 European countries. *Value Health*. 2008;645–58.
70. Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage; 1990.
71. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006 2006/01/01;3(2):77–101.
72. Kutob RM, Senf JH, Crago M, Shisslak CM. Concurrent and longitudinal predictors of self-esteem in elementary and middle school girls. *J Sch Health*. 2010 May;80(5):240–8.
73. Kark M, Wennerstad Modig K, Tholin S, Rasmussen F. Rektorernas betydelse för att främja fysisk aktivitet och goda matvanor i skolan. Stockholm: Karolinska Institutets folkhälsoakademi; 2009. Report No.: 2009:18.
74. Skolhälsonyckeln. Karolinska Institutet; 2011. www.folkhalsoguiden.se/upload/Mat/Broschyrer%20och%20material/Skolh%c3%a4lsonyckeln.pdf
75. Skolbarns hälsovanor inom fysisk aktivitet, tv-tittande och datoranvändning. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2011. Report No.: A 2011:06.
76. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Boston: Houghton Mifflin; 2001.
77. Sanigorski AM, Bell AC, Kremer PJ, Cuttler R, Swinburn BA. 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 Jul;32(7):1060–7.

78. Hoelscher DM, Springer AE, Ranjit N, Perry CL, Evans AE, Stigler M, et al. Reductions in child obesity among disadvantaged school children with community involvement: the Travis County CATCH Trial. *Obesity (Silver Spring)*. 2010 Feb;18 Suppl 1:S36–44.
79. Foster GD, Sherman S, Borradaile KE, Grundy KM, Vander Veur SS, Nachmani J, et al. A policy-based school intervention to prevent overweight and obesity. *Pediatrics*. 2008 Apr;121(4):e794–802.
80. Taylor RW, McAuley KA, Barbezat W, Strong A, Williams SM, Mann JI. APPLE Project: 2-y findings of a community-based obesity prevention program in primary school age children. *Am J Clin Nutr*. 2007 Sep;86(3):735–42.
81. Minkler M, Salvatore A. Participatory approaches for study design and analysis in dissemination and implementation research. In: Brownson R, Colditz D, Proctor E, editors. *Dissemination and Implementation Research in Health*. New York: Oxford University Press; 2012. p. 419–36.

Bilagor

Bilaga 1. Flödesschema



Bilaga 2. Åtgärder ur skolornas handlingsplaner

Åtgärder

Övergripande hälsoarbete

Kunskap, förhållningssätt och samverkan skolpersonal	Skapa rutiner för fortsatt hälsoarbete med elever och personal (A); Utbildningar till personal (B); skapa möjligheter till "Vägledande samspel" för personal tillsammans med skolsköterska/skolpsykolog (D); utveckla samarbetet med elevhälsan (elevhälsoteam) (D); studiecirkel "Friska barn" (H); Öka personalens kunskaper om hälsosamma levnadsvanor och medvetenhet om sina egna värderingar genom policy (H); föreläsningar, temadagar och diskussioner med personalen för att utveckla gemensam syn på hälsa (I)
Samverkan föräldrar	Föräldramöte med hjälp av Karolinska Institutet (A); Muntlig och skriftlig info samt diskussioner med föräldrar hur de kan medverka i projektet (B); motivera föräldrar till bra frukostrutin och/eller bra matsäck, ta med idrottskläder samt medveten kostdiskussion hemma (B); fixardag för utemiljön i samverkan med föräldrar (D); "hälsa och rörelse" som punkt i samverkansrådet (D); dialog med föräldrar kring aktiv transport samt upprustning av skolgården (E); informera föräldrar om bra matsäcksmat (I)
Elevhälsa	Rutiner för återkoppling efter hälsosamtalen (H)
Kunskap/attityder elever	Hälsoarbete i klassen samt hemläxor (A)

Mat

Kunskap/attityder elever	Elever praktiserar i skolköket inom ramen för hemkunskap (A); föreläsningar om kost i klasserna (A); ämnesövergripande arbetssätt för att öka elevernas kunskaper i näringslära (B); presentera för elever vilken mat som serveras (D); locka elever till att våga prova det de tror att de inte tycker om (D); Elever lär sig laga eget mellanmål på fritids (E); Info om bra och näringsrik mat (I); hälsovecka med material "Matkunskap a la hälsomålet" (I); elever får beställa och förbereda bra mellanmål (I)
Matutbud	Elever lär sig laga eget mellanmål på fritids (E); Ordna skolcafeteria med bemanning (F); ta fram en policy som ingår i skolans arbetsplan rörande vad som serveras och när (H); salladsbord placeras först i tag-ordningen (I); fruktstund (I); ersätta sötsaker vid firande med andra traditioner (I); Fritids komponerar hälsosamt mellanmål dagligen (I)
Matsalsmiljö och schemaläggning lunch	Sänka ljudnivån i matsalen genom högre krav på lugn och ro, aktivt arbete med bordsskick och regler (D); tydliggöra de vuxnas roll i matsalen (D); bättre schemaläggning kring lunch (G)
Kunskap, förhållningssätt och samverkan skolpersonal	Skapa rutiner för fortsatt matrelaterat hälsoarbete med elever och personal (A)

Fysisk aktivitet

Utemiljö	Förbättra uteleksaker (A); förbättra utemiljö (A); fixardag för utemiljö i samverkan med föräldrar (D); upprustning av skolgården med aktivitetsbana, karusell, redskapsbod (E); förbättra utemiljö för äldre elever, genom klättervägg, skateramp och naturstig (F); större yta utomhusmiljö för äldre elever (F); kontinuerligt förbättra utemiljö (I); skapa samlingsplats och motorikbana (I)
Aktiviteter och lekar	Stimulera till fler strukturerade lekar (A); uteaktiviteter (A, E); användarstatistik för rörelsemöjligheter på skolgården (B); ökad användning av motorikbanan, skogen, fotbollsplanen (B); röris (B, D, E); vinteraktiviteter (B); bordtennis (B); sammanställning av lektips för utepedagogik (D) och rastverksamhet (I); variera innehåll i utevistelse fritids (I)
Utomhuspedagogik	Ökat antal utomhuslektioner, minst 1 pass/vecka (D); ökat antal utomhuslektioner 1/pass i veckan (D) eller 1 pass/månad för olika ämnen (I); ta fram (mer) material för utomhuspedagogik (D, G);
Målsättning rastverksamhet	Formulera plan (E) eller målsättning för rastverksamhet (D); riktlinjer för rörelse i arbetsplan för rast- och fritidsverksamhet (G)
Aktiv transport till skolan	Vandrande skolbuss (E); ny avlämningsplats skolskjuts (E)
Ansvarsgrupp för fysisk aktivitet	Ansvarsgrupp för fysisk aktivitet för skola och fritidsverksamhet i samarbete (B)

Forts bilaga 2

Kunskap/attityder elever	Hälsoveckor (E); stimulera elever att gå/cykla till skola (E)
Samverkan med idrottsföreningar	Kontakta och bjuda in lokala idrottsföreningar (A)
Psykisk hälsa	
Självkänsla i undervisningen	Diskussioner i klassen kring kroppsuppfattning (B); arbeta med "Everybody's different" (B); EQ-planen ska även omfatta, kroppsuppfattning, livskunskap och hälsa (D); hitta lämplig metod för att öka andelen elever som trivs med sig själva och sin skolsituation (G); lyfta övningar kring "jag duger som jag är" i pågående arbete med social kompetens ("Tillsammans") (I)
Media och genus i undervisningen	Diskussioner i klassen kring mediepåverkan, sociala normer och könsroller (B); arbeta med "Highschool 1,2,3" (B); EQ-planen ska även omfatta mediepåverkan, genus och kön (D); beredskap bland personal för att möta och diskutera mediepåverkan och genusfrågor (H)
Empatisk förmåga i undervisningen	Omarbeta EQ-plan (D); Arbeta med "Friends" (E)
Kunskap, förhållningssätt och samverkan skolpersonal	omarbeta likabehandlingsplan (E); Föreläsning "friskvård för själen" (E); ta fram förankrad policy som ingår i skolans arbetsplan rörande förhållningssätt kring barnens och eget ätande samt synen på kroppen (H); Utbildning av personal i "Vägledande samspel" (I)

Bilaga 3. Hälsoenkät vid eftermätningen, årskurs 7 kohort



Din kod: 1234

År 9

HÄLSOENKÄT ÅR 9

Österåkersprojektet 2008-2012
Uppföljning 1
Våren 2011

Genom att svara på de här frågorna hjälper du skolorna i Österåker med elevhälsoarbetet. Istället för ditt namn har du en kod - dina svar kommer att hållas hemliga. Vi kommer inte att berätta för någon vad du har svarat.

Gör så här:

- Svara på frågorna i tur och ordning, gärna tillsammans med någon vuxen om du vill.
- Det finns inga rätt eller fel svar! Svara det som stämmer bäst för dig.
- Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan.
- Vissa frågor kan vara svåra att svara på så ta dig tid och läs frågorna noga.
- Lägg den ifyllda hälsoenkäten i svarskuvertet.
- Posta kuvertet, inget frimärke behövs.

Vid frågor, kontakta projektledare Anna-Karin Jälminger på
tel 08-524 888 87 eller
anna-karin.jalminger@ki.se



På uppdrag av
Stockholms läns landsting



Karolinska
Institutet

Din kod: 1234

HÄLSOENKÄT ÅR 9

Mat

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.

1. Jag åt frukost ☐ varje skoldag	☐ 3-4 skoldagar per vecka	☐ 1-2 skoldagar per vecka	☐ aldrig
2. Jag åt lunch ☐ varje skoldag	☐ 3-4 skoldagar per vecka	☐ 1-2 skoldagar per vecka	☐ aldrig
3. Jag åt middag ☐ varje skoldag	☐ 3-4 skoldagar per vecka	☐ 1-2 skoldagar per vecka	☐ aldrig
4. Jag tog med frukt till skolan ☐ varje skoldag	☐ 3-4 skoldagar per vecka	☐ 1-2 skoldagar per vecka	☐ aldrig



5. Hur ofta åt du grönsaker? ☐ 2 gånger per dag eller oftare	☐ 1 gång per dag	☐ 3-6 gånger i veckan	☐ 1-2 gånger i veckan	☐ mer sällan eller aldrig
6. Hur ofta åt du frukt? ☐ 2 gånger per dag eller oftare	☐ 1 gång per dag	☐ 3-6 gånger i veckan	☐ 1-2 gånger i veckan	☐ mer sällan eller aldrig
7. Hur ofta drack du läsk eller saft? ☐ 2 gånger per dag eller oftare	☐ 1 gång per dag	☐ 3-6 gånger i veckan	☐ 1-2 gånger i veckan	☐ mer sällan eller aldrig

2

54

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.

8. Hur ofta åt du choklad, glass eller godis?
☐ 2 gånger per dag eller oftare
☐ 1 gång per dag
☐ 3-6 gånger i veckan
☐ 1-2 gånger i veckan
☐ mer sällan eller aldrig
9. Hur ofta åt du salta snacks (chips, jordnötter, popcorn)?
☐ 2 gånger per dag eller oftare
☐ 1 gång per dag
☐ 3-6 gånger i veckan
☐ 1-2 gånger i veckan
☐ mer sällan eller aldrig
10. Hur ofta åt du bakverk (bulle, tårta, bakelse, chokladboll)?
☐ 2 gånger per dag eller oftare
☐ 1 gång per dag
☐ 3-6 gånger i veckan
☐ 1-2 gånger i veckan
☐ mer sällan eller aldrig
11. Har du någonsin försökt gå ner i vikt?
☐ ja
☐ nej
12. Försöker du gå ner i vikt idag?
☐ ja
☐ nej
13. Har du någonsin försökt gå upp i vikt?
☐ ja
☐ nej
14. Försöker du gå upp i vikt idag?
☐ ja
☐ nej

Fysisk aktivitet

15. Jag tycker att det är roligt att vara med på idrottslektionerna i skolan
☐ nästan alltid
☐ varannan gång
☐ någon gång per månad
☐ mer sällan eller aldrig
16. Är du aktiv i någon förening/klubb (t ex fotboll, dans, musik, scouter, friluftsliv)?
☐ ja
☐ nej
 Om ja, vilken/vilka? _____



17. Jag motionerar/Idrottar (ej skoltid)
☐ 5-7 gånger i veckan
☐ 3-4 gånger i veckan
☐ 1-2 gånger i veckan
☐ mer sällan eller aldrig

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.

18. Hur tog du dig till skolan? (du kan sätta flera kryss)
☐ gick
☐ cyklade
☐ åkte buss/tåg/skolorbuss
☐ åkte bil
☐ HUR MÅNGA MINUTER TAR DET? minuter
☐ HUR MÅNGA MINUTER TAR DET? minuter
19. Jag gick eller cyklade hela eller delar av vägen till och från skolan
☐ varje dag
☐ 3-4 dagar i veckan
☐ 1-2 dagar i veckan
☐ mer sällan eller aldrig
20. På rasterna i skolan rörde jag mig så jag blev andfädd och varm
☐ varje dag
☐ 3-4 dagar i veckan
☐ 1-2 dagar i veckan
☐ mer sällan eller aldrig
21. En vanlig vardagseftermiddag och kväll var jag utomhus:
☐ mer än 2 timmar per dag
☐ 1-2 timmar per dag
☐ 30-60 minuter per dag
☐ mindre än 30 minuter per dag
22. En vanlig helgdag var jag utomhus:
☐ mer än 2 timmar per dag
☐ 1-2 timmar per dag
☐ 30-60 minuter per dag
☐ mindre än 30 minuter per dag



Din kod: 1234

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.



23. En vanlig vardagseftermiddag och kväll såg jag på TV
☐ mindre än 1 timme per dag ☐ 1-3 timmar per dag ☐ 3-6 timmar per dag ☐ mer än 6 timmar per dag

24. En vanlig helgdag såg jag på TV

☐ mindre än 1 timme per dag ☐ 1-3 timmar per dag ☐ 3-6 timmar per dag ☐ mer än 6 timmar per dag



25. En vanlig vardagseftermiddag och kväll satt jag framför TV eller dator

☐ mindre än 1 timme per dag ☐ 1-3 timmar per dag ☐ 3-6 timmar per dag ☐ mer än 6 timmar per dag

26. En vanlig helgdag satt jag framför TV eller dator

☐ mindre än 1 timme per dag ☐ 1-3 timmar per dag ☐ 3-6 timmar per dag ☐ mer än 6 timmar per dag

Arbetsmiljö

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.

27. Jag trivs med skolarbetet
☐ bra ☐ ganska bra ☐ ganska dåligt ☐ dåligt

28. Jag har arbetsro på lektionerna
☐ alltid ☐ ofta ☐ ibland ☐ aldrig

5

Din kod: 1234



29. Jag kan koncentrera mig i skolan
☐ alltid ☐ ofta ☐ ibland ☐ aldrig

30. Jag känner mig stressad i skolan
☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

31. Jag känner mig trygg i skolan
☐ alltid ☐ ofta ☐ ibland ☐ aldrig

32. Jag känner att jag har kompisar på skolan som bryr sig om mig
☐ alltid ☐ ofta ☐ ibland ☐ aldrig

33. Jag känner att personalen på skolan bryr sig om mig
☐ alltid ☐ ofta ☐ ibland ☐ aldrig

Den senaste skolveckan...

34. ...vet du någon på skolan som blev retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad

av andra elever på skolan? ☐ nej ☐ ja
av personal på skolan? ☐ nej ☐ ja

35. ...har du själv blivit retad, utstött eller på annat sätt illa behandlad

av andra elever på skolan? ☐ nej ☐ ja
av personal på skolan? ☐ nej ☐ ja

Välbefinnande

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.



36. Så här mår jag just nu
☐ bra ☐ ganska bra ☐ ganska dåligt ☐ dåligt

37. Jag känner mig ledsen eller nedstämd
☐ aldrig ☐ ibland ☐ ofta ☐ alltid

38. Jag gillar mig själv som den person jag är...
☐ Stämmer mycket bra ☐ Stämmer ganska bra ☐ Stämmer ganska dåligt ☐ Stämmer inte alls

6

Din kod: 1234

39. Jag är ofta besviken på mig själv...
☐ Stämmer mycket bra ☐ Stämmer ganska bra ☐ Stämmer ganska dåligt ☐ Stämmer inte alls
40. Mitt liv känns ganska meningslöst...
☐ Stämmer mycket bra ☐ Stämmer ganska bra ☐ Stämmer ganska dåligt ☐ Stämmer inte alls
41. För det mesta är jag nöjd med mig själv...
☐ Stämmer mycket bra ☐ Stämmer ganska bra ☐ Stämmer ganska dåligt ☐ Stämmer inte alls
42. Jag tycker om mig själv som jag är...
☐ Stämmer mycket bra ☐ Stämmer ganska bra ☐ Stämmer ganska dåligt ☐ Stämmer inte alls
43. Jag känner mig...
☐ alltför tjock ☐ lite för tjock ☐ lagom ☐ lite för smal ☐ alltför smal
44. Andra tycker att jag är...
☐ alltför tjock ☐ lite för tjock ☐ lagom ☐ lite för smal ☐ alltför smal
45. Jag röker
☐ aldrig ☐ någon gång i månaden ☐ någon gång i veckan ☐ varje dag

Sömn

Tänk på hur det har varit den senaste skolveckan. Sätt ett kryss i rutan som passar in på dig.

46. När gick du och lade dig en vanlig vardag?

Klockan: (skriv) _____

47. När steg du upp en vanlig vardag?

Klockan: (skriv) _____



7

Din kod: 1234

Min familj

48. Min mamma har utbildning från
☐ grundskola (högst 9 års utbildning) ☐ gymnasium (högst 12 års utbildning) ☐ högskola (mer än 12 års utbildning)

49. Min pappa har utbildning från
☐ grundskola (högst 9 års utbildning) ☐ gymnasium (högst 12 års utbildning) ☐ högskola (mer än 12 års utbildning)

50. Vem/vilka var med och besvarade hälsoenkäten? (ett eller flera kryss)

☐ Barnet/eleven ☐ Mamma ☐ Pappa ☐ Annan (vem/vilka?): _____

Egna kommentarer

TACK för att du svarade på frågorna!



8

Bilaga 4. Skillnader i frågeformulering i hälsoenkäten mellan baslinje och eftermätningen

Fråga	Svarsalternativ baslinje	Svarsalternativ eftermätning
Jag tycker att det är roligt att vara med på idrottslektionerna i skolan	Nästan alltid/ varannan gång/ någon gång per månad/ aldrig	Nästan alltid/ varannan gång/ någon gång per månad/ mer sällan eller aldrig
Jag motionerar/idrottar (ej skoltid)	5–7 ggr i veckan/ 3–4 ggr i veckan/ 1–2 ggr i veckan/ sällan	5–7 ggr i veckan/ 3–4 ggr i veckan/ 1–2 ggr i veckan/ mer sällan eller aldrig
Jag gick eller cyklade hela eller delar av vägen till och från skolan	Varje dag/ 3–4 dagar i veckan/ 1–2 dagar i veckan/ inte alls	Varje dag/ 3–4 dagar i veckan/ 1–2 dagar i veckan/ mer sällan eller aldrig
På rasterna i skolan rörde jag mig så jag blev andfådd och varm	Varje dag/ 3–4 dagar i veckan/ 1–2 dagar i veckan/ inte alls	Varje dag/ 3–4 dagar i veckan/ 1–2 dagar i veckan/ mer sällan eller aldrig
En vanlig vardagseftermiddag och kväll såg jag på TV	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 4–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 3–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag
En vanlig helgdag såg jag på TV	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 4–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 3–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag
En vanlig vardagseftermiddag och kväll satt jag framför TV eller dator	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 4–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 3–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag
En vanlig helgdag satt jag framför TV eller dator	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 4–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag	Mindre än 1 timme per dag/ 1–3 timmar per dag/ 3–6 timmar per dag/ mer än 6 timmar per dag
När gick du och lade dig en vanlig vardag?	Före kl.20/ mellan kl.20–21/ mellan kl.21–22/ mellan kl.22–23/ efter kl.23	<i>Öppen fråga</i>
När steg du upp en vanlig vardag?	Före kl.6/ mellan kl.6–7/ Mellan kl.7–8/ efter kl.8	<i>Öppen fråga</i>

Bilaga 5. Beskrivande data för hälsoenkätens utfallsvariabler för interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen för hela gruppen och för de olika kohorterna

	Hela gruppen				Årskurs 2 kohort				Årskurs 4 kohort				Årskurs 7 kohort			
	Jämförelse	Intervention			Jämförelse	Intervention			Jämförelse	Intervention			Jämförelse	Intervention		
	N=328	N=471	%		N=95	N=202	%		N=120	N=179	%		N=113	N=90	%	
Äter frukost varje skoldag	92,1	93,0			94,7	98,0			95,8	91,0			85,8	85,6		
Äter lunch varje skoldag	81,6	87,9*			95,7	97,5			84,2	90,4			67,0	61,1		
Äter grönsaker minst 2 ggr per dag	36,5	32,1			47,3	33,0*			34,2	37,6			30,1	18,9		
Äter frukt minst 2 ggr per dag	22,4	25,5			33,3	30,7			21,7	26,3			14,2	12,2		
Äter godis högst 2 ggr i veckan	77,7	77,4			76,	82,1			80,8	74,6			75,2	72,2		
Dricker läsk/soft högst 2 ggr i veckan	81,3	75,6			85,1	81,6			80,0	75,6			79,6	62,2**		
Är medlem i en förening	84,9	84,7			96,8	81,2***			87,5	88,8			72,3	84,4*		
Motionerar minst 3 ggr i veckan	56,3	56,0			38,0	47,5			63,3	57,1			63,7	73,0		
Är utomhus minst 30 min varje skoldag	87,5	89,5			94,6	92,1			88,0	90,2			80,9	82,2		
Går/cyklar till skolan minst 3 dagar i veckan	73,1	70,1			59,6	59,7			81,5	79,2			75,7	75,6		
Är fysiskt aktiv på rasten minst 3 dagar i veckan	61,4	68,4*			76,9	74,9			76,3	79,9			33,0	31,1		
Ser på TV högst 3 timmar varje skoldag	97,2	98,0			100	100			98,3	98,3			93,8	93,2		
Har en ganska eller mycket bra självkänsla	97,5	98,9			98,9	99,5			99,1	98,3			94,7	98,9		
Mår ganska bra eller bra	98,2	97,9			100	99,5			98,3	97,8			96,5	94,4		
Har högst ett riskbeteende	21,3	20,6			30,5	23,8			18,3	22,3			16,8	10,0		

* Signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen, $p < 0,05$

** Signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen, $p < 0,01$

*** Signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen, $p < 0,001$

Bilaga 6. Beskrivande data för hälsoenkätens utfallsvariabler för interventions- och jämförelsegruppen vid eftermätningen för hela gruppen och för de olika kohorterna

	Hela gruppen				Årskurs 2 kohort				Årskurs 4 kohort				Årskurs 7 kohort			
	Jämförelse N=282	Intervention N=405	Jämförelse N=83	Intervention N=177	Jämförelse N=107	Intervention N=152	Jämförelse N=92	Intervention N=76	Jämförelse N=107	Intervention N=152	Jämförelse N=92	Intervention N=76	Jämförelse N=107	Intervention N=152	Jämförelse N=92	Intervention N=76
Äter frukost varje skoldag	87,9	86,6	97,6	96,6	90,7	86,2	76,1	64,5	90,7	86,2	76,1	64,5	90,7	86,2	76,1	64,5
Äter lunch varje skoldag	81,1	81,4	89,0	87,6	79,4	78,8	76,1	72,4	79,4	78,8	76,1	72,4	79,4	78,8	76,1	72,4
Äter grönsaker minst 2 ggr per dag	29,1	24,9	36,1	30,3	24,3	19,2	28,3	23,7	24,3	19,2	28,3	23,7	24,3	19,2	28,3	23,7
Äter frukt minst 2 ggr per dag	15,6	15,0	19,3	17,1	13,1	14,5	15,2	10,8	13,1	14,5	15,2	10,8	13,1	14,5	15,2	10,8
Äter godis högst 2 ggr i veckan	77,5	79,7	79,3	81,4	79,2	82,8	73,9	69,7	79,2	82,8	73,9	69,7	79,2	82,8	73,9	69,7
Dricker läsk/soft högst 2 ggr i veckan	73,4	74,0	81,9	79,5	74,8	73,7	64,1	61,8	74,8	73,7	64,1	61,8	74,8	73,7	64,1	61,8
Är medlem i en förening	74,1	78,5	85,5	81,9	79,4	78,1	57,6	71,1	79,4	78,1	57,6	71,1	79,4	78,1	57,6	71,1
Motionerar minst 3 ggr i veckan	60,5	59,1	61,4	60,2	64,5	57,6	54,9	59,2	64,5	57,6	54,9	59,2	64,5	57,6	54,9	59,2
Är utomhus minst 30 min varje skoldag	77,3	78,3	79,5	82,3	80,4	77,3	71,1	71,1	80,4	77,3	71,1	71,1	80,4	77,3	71,1	71,1
Går/cyklar till skolan minst 3 dagar i veckan	69,6	67,3	78,0	77,5	69,8	63,0	62,0	52,1	69,8	63,0	62,0	52,1	69,8	63,0	62,0	52,1
Är fysiskt aktiv på rasten minst 3 dagar i veckan	36,4	42,8	63,9	70,9	36,8	25,2	11,0	13,2	36,8	25,2	11,0	13,2	36,8	25,2	11,0	13,2
Ser på TV högst 3 timmar varje skoldag	94,0	92,8	96,4	96,0	95,3	92,7	90,2	85,5	95,3	92,7	90,2	85,5	95,3	92,7	90,2	85,5
Har en ganska eller mycket bra självkänsla	96,4	93,5	97,5	97,7	98,1	95,4	93,5	80,0	98,1	95,4	93,5	80,0	98,1	95,4	93,5	80,0
Mår ganska bra eller bra	97,1	97,8	97,5	98,3	96,2	99,3	97,8	93,3	96,2	99,3	97,8	93,3	96,2	99,3	97,8	93,3
Har högst ett riskbeteende	16,0	14,8	19,3	16,9	14,0	12,5	15,2	14,5	14,0	12,5	15,2	14,5	14,0	12,5	15,2	14,5

Bilaga 7. Interventionseffekter för hälsoenkätens utfallsvariabler för hela gruppen och för de olika kohorterna

	Hela gruppen		Årskurs 2 kohort		Årskurs 4 kohort		Årskurs 7 kohort	
	Risikovot (KI)	p ^s	Risikovot (KI)	p ^s	Risikovot (KI)	p ^s	Risikovot (KI)	p ^s
Äter frukost varje skoldag	1,2 (0,8-1,6)	0,417	2,1 (0,9-5,2)	0,094	1,2 (0,6-2,3)	0,646	1,6 (1,0-2,4)	0,033
Äter lunch varje skoldag	1,1 (0,8-1,5)	0,497	1,2 (0,6-2,4)	0,593	1,1 (0,7-1,8)	0,683	1,0 (0,7-1,7)	0,852
Äter grönsaker minst 2 ggr per dag	1,0 (1,0-1,1)	0,418	1,0 (0,9-1,2)	0,711	1,1 (1,0-1,2)	0,175	1,0 (0,8-1,2)	0,774
Äter frukt minst 2 ggr per dag	1,0 (1,0-1,1)	0,411	1,0 (0,9-1,2)	0,661	1,0 (0,9-1,1)	0,659	1,0 (0,9-1,2)	0,501
Äter godis högst 2 ggr i veckan	0,9 (0,7-1,2)	0,440	1,0 (0,6-1,6)	0,893	0,8 (0,5-1,3)	0,374	1,1 (0,7-1,8)	0,684
Dricker läsk/soft högst 2 ggr i veckan	0,9 (0,7-1,2)	0,432	1,0 (0,6-1,7)	0,971	1,0 (0,6-1,5)	0,884	0,9 (0,6-1,4)	0,724
Är medlem i en förening	0,9 (0,7-1,1)	0,255	0,8 (0,4-1,5)	0,507	1,2 (0,8-1,8)	0,468	0,9 (0,6-1,3)	0,564
Motionerar minst 3 ggr i veckan	1,0 (0,9-1,2)	0,641	1,1 (0,8-1,5)	0,493	1,1 (0,8-1,5)	0,409	1,0 (0,8-1,4)	0,815
Är utomhus minst 30 min varje skoldag	1,0 (0,8-1,3)	0,931	0,9 (0,5-1,5)	0,584	1,2 (0,8-2,0)	0,382	1,2 (0,7-1,8)	0,543
Går/cyklar till skolan minst 3 dagar i veckan	1,1 (0,9-1,3)	0,540	1,0 (0,7-1,7)	0,852	1,3 (0,9-1,8)	0,208	1,3 (0,9-1,8)	0,202
Är fysiskt aktiv på rasten minst 3 dagar i veckan	0,9 (0,8-1,0)	0,243	0,8 (0,5-1,1)	0,130	1,2 (1,0-1,4)	0,040	1,0 (0,9-1,1)	0,757
Ser på TV högst 3 timmar varje skoldag	1,3 (0,8-2,2)	0,354	1,1 (0,3-4,1)	0,883	1,7 (0,6-5,1)	0,318	1,4 (0,6-3,0)	0,395
Har en ganska eller mycket bra självkänsla	1,8 (0,9-3,6)	0,108	0,9 (0,2-4,9)	0,933	2,3 (0,5-10,7)	0,282	3,6 (1,5-8,5)	0,004
Mår ganska bra eller bra	0,8 (0,3-2,0)	0,617	0,7 (0,1-4,1)	0,713	0,2 (0,0-1,7)	0,136	3,1 (0,6-15,3)	0,166
Har högst ett riskbeteende	1,0 (1,0-1,1)	0,672	1,0 (0,9-1,2)	0,639	1,0 (1,0-1,1)	0,395	1,0 (0,9-1,1)	0,694

§ Alla analyser är justerade för kön och baslinjevärden

KI: 95 procent konfidensintervall

Bilaga 8. Beskrivande data för utfallsvariabler i utvidgad enkät om självkänsla för interventions- och jämförelsegruppen vid baslinjen för hela gruppen och för de olika kohorterna[§]

	Hela gruppen		Årskurs 2 kohort		Årskurs 4 kohort		Årskurs 7 kohort	
	Jämförelse N=50 %	Intervention N=184 %	Jämförelse N=14 %	Intervention N=57 %	Jämförelse N=14 %	Intervention N=52 %	Jämförelse N=22 %	Intervention N=75 %
Välbefinnande^{§§}	86,0	91,8	85,7	94,7	100	90,4	77,3	90,7
Självkänsla^{§§}								
Global	96,0	93,5	100	94,7	100	94,2	90,9	92,0
Prestation	84,0	88,6	92,9	89,5	71,4	92,3	86,4	85,3
Social kompetens	92,0	91,3	92,9	89,5	85,7	90,4	95,5	93,3
Fysisk	70,0	78,3	78,6	78,9	78,6	76,9	59,1	78,7
Kroppslig ^{§§§}	75,0	81,1	-	-	100	88,5	59,1	76,0
Beteende	84,0	95,7 **	78,6	94,7	78,6	94,2	90,9	97,3
Nära relationer ^{§§§}	88,9	89,8	-	-	85,7	82,7	90,9	94,7

§ Endast tre av arton skolor deltog i mätningen

§§ Ganska hög eller hög

§§§ Frågan besvarades inte av eleverna i årskurs 2 kohorten

** Signifikant skillnad mellan interventions- och jämförelsegruppen, $p < 0,01$

Bilaga 9. Beskrivande data för utfallsvariabler i utvidgad enkät om självkänsla för interventions- och jämförelsegruppen vid eftermätningen för hela gruppen och för de olika kohorterna[§]

	Hela gruppen				Årskurs 2 kohort				Årskurs 4 kohort				Årskurs 7 kohort			
	Jämförelse N=32 %	Intervention N=127 %	Jämförelse N=10 %	Intervention N=48 %	Jämförelse N=9 %	Intervention N=28 %	Jämförelse N=13 %	Intervention N=51 %	Jämförelse N=9 %	Intervention N=28 %	Jämförelse N=13 %	Intervention N=51 %	Jämförelse N=9 %	Intervention N=28 %	Jämförelse N=13 %	Intervention N=51 %
Välbefinnande^{§§}	90,6	87,4	90,0	91,7	100	85,7	84,6	84,3								
Självkänsla^{§§}																
Global	90,6	88,7	90,0	93,3	100	85,7	84,6	86,3								
Prestation	78,1	82,5	80,0	85,1	77,8	78,6	76,9	82,4								
Social kompetens	87,5	95,2	90,0	91,3	77,8	92,9	92,3	100								
Fysisk	61,3	80,0	20,0	80,4	87,5	85,7	76,9	76,5								
Kroppslig ^{§§§}	81,0	74,7	-	-	75,0	67,9	84,6	78,4								
Beteende	81,3	90,3	90,0	91,1	66,7	89,3	84,6	90,2								
Nära relationer ^{§§§}	90,9	92,4	-	-	88,9	89,3	92,3	94,1								

§ Endast tre av arton skolor deltog i mätningen

§§ Ganska hög eller hög

§§§ Frågan besvarades inte av eleverna i årskurs 2 kohorten

ISBN 978-91-980442-4-9



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

STOCKHOLMS LÄNS LANDSTING