

Österåkersprojektet – en deltagarstyrd intervention för goda matvanor och fysisk aktivitet i skolan. Delrapport 1

Karolinska Institutets folkhälsoakademi

2010:9

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**

Karolinska Institutets folkhälsoakademi (KFA) etablerades den 1 januari 2009 i samband med att Stockholms läns landstings Centrum för folkhälsa gick över till Karolinska Institutet (KI).

KFA bedriver folkhälsovetenskaplig forskning och utbildning samt strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete på regional och nationell nivå. En grundtanke är att praktik och teori ska stimulera varandra och ge synergieffekter, till nytta för vården och befolkningen. KFA ska vara en plattform för utveckling av metoder och redskap samt för en bred implementering av åtgärder för att förbättra befolkningens hälsa.

Målet är att vara ett regionalt, nationellt och internationellt kunskapsnav som förstärker de folkhälsovetenskapliga inslagen i medicinsk utbildning och forskning samt i det strategiska och praktiska folkhälsoarbetet. Visionen är att ha en sådan ämnesmässig bredd och kvalitet att KFA räknas till en av de främsta folkhälsoakademierna i världen.

KFA:s långsiktiga arbete leds av styrelse och en föreståndare som samordnar, stimulerar och utvecklar folkhälsovetenskapen vid KI, i samverkan med KI:s övriga beslutande organ. Stockholms läns landsting beställer stora delar av sitt folkhälsoarbete från Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

Författare: Filippa von Haartman, Anna-Karin Jälminger och Liselotte Schäfer Elinder
Institutionen för folkhälsovetenskap
Avdelningen för interventions- och implementeringsforskning
Karolinska Institutet

ISBN: 978-91-86313-33-3

Karolinska Institutets folkhälsoakademi
171 77 Stockholm

E-post: info@kfa.ki.se
Telefon: 08-524 800 00
www.ki.se/kfa

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

Förord

Österåkersprojektet är en del av det samhällsinriktade folkhälsoarbetet i Stockholms läns landstings Handlingsprogram övervikt och fetma 2004. Landstingsfullmäktige fastställde visionen att ”halvera andelen personer med fetma 2003 – 2013”. Visionen och prioriteringarna har varit utgångspunkter för Handlingsprogrammet 2004 och det nu reviderade och i HSN beslutade "Handlingsprogram övervikt och fetma 2010 – 2013" och har som högsta prioritet förebyggande insatser mot barn och ungdomar. Österåkersprojektet ingår i uppdrag 3 ”Stöd till goda matvanor och fysisk aktivitet samt förebyggande av övervikt” i uppdragsavtalet mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutets folkhälsoakademi.

I Österåkersprojektet deltar alla grundskolorna i Österåkers kommun. Nio skolor är interventionsskolor och åtta skolor tjänar som jämförelseskolor. I denna delrapport beskrivs interventionens planering och genomförande med tonvikt på självbedömningsverktyget ”Skolhälso nyckeln” som har utvecklats inom ramen för projektet och som spelar en central roll i processen att skapa delaktighet bland skolorna.

Projektet leds av en styrgrupp med representanter från Österåkers kommun och Karolinska Institutet, Institutionen för Folkhälsovetenskap. Den övergripande planeringen koordineras av en projektgrupp bestående av Anna-Karin Jälminger, Filippa von Haartman, Liselotte Schäfer Elinder och Lene Lindberg. Under 2008-2010 deltog även Maria Wikland, Nelleke Heinemans och Mårten Åhström.

Projektet har hittills presenterats vid International Congress of Obesity, juli 2010, i Stockholm och vid International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) World Conference on Health Promotion, juli 2010, i Genève. Projektet delfinansieras från Folkhälsoanslaget i Stockholms läns landsting. En slutrapport förväntas föreligga 2012.

Liselotte Schäfer Elinder

Uppdragsansvarig

Institutionen för folkhälsovetenskap, Karolinska Institutet

Innehåll

| | |
|---|----|
| Förord..... | 1 |
| Sammanfattning..... | 3 |
| 1. Skolan som hälsofrämjande arena..... | 4 |
| 1.1 Teorier och modeller..... | 4 |
| 1.2 Sambandet mellan hälsa och lärande..... | 4 |
| 1.3 Styrdokument för skolans hälsoarbete..... | 6 |
| 1.4 Skolans möjligheter att minska sociala skillnader i hälsa..... | 7 |
| 1.5 Skolans arbete med matvanor och fysisk aktivitet..... | 7 |
| 2. Hälsoproblem bland barn i relation till matvanor och fysisk aktivitet..... | 9 |
| 2.1 Övervikt och undervikt..... | 9 |
| 2.2 Matvanor och fysisk aktivitet..... | 9 |
| 2.3 Ätstörningar..... | 9 |
| 2.4 Stabiliteten i matvanor och fysisk aktivitet från barndom till vuxen ålder..... | 10 |
| 3. Interventioner i skolan..... | 11 |
| 3.1 Två angreppssätt..... | 11 |
| 3.2 Forskningen om Hälsofrämjande skola..... | 11 |
| 3.3 Fetmaforebyggande program i skolan..... | 12 |
| 3.4 Program för att förbättra matvanor och/eller fysisk aktivitet i skolan..... | 13 |
| 3.5 Intressanta studier med deltagarstyrning..... | 14 |
| 4. Österåkersprojektet..... | 16 |
| 4.1 Tillkomsten av projektet..... | 16 |
| 4.2 Planeringen av projektet..... | 18 |
| 4.3 Organisation av projektet..... | 23 |
| 4.4 Tidsplan..... | 23 |
| 5. Interventionens komponenter..... | 25 |
| 5.1 Hälsosteam..... | 25 |
| 5.2 Skolhälsoynckeln..... | 25 |
| 5.3 Workshopar..... | 28 |
| 5.4 Handlingsplaner..... | 30 |
| 5.5 Utbildningar..... | 30 |
| 5.6 Verktyslåda..... | 31 |
| 5.7 Föräldraföreläsningar..... | 31 |
| 6. Diskussion..... | 32 |
| 6.1 Hälsosteamerna..... | 32 |
| 6.2 Skolhälsoynckeln..... | 33 |
| 6.3 Övriga interventionskomponenter..... | 34 |
| 6.4 Betydelsen av coachning och support..... | 35 |
| 6.5 Incitament för skolans hälsoarbete..... | 36 |
| 6.6 Kapacitet och ägarskap..... | 36 |
| Referenser..... | 37 |
| Bilaga 1..... | 41 |

Sammanfattning

Skolan är en viktig arena för hälsofrämjande arbete bland barn, särskilt vad gäller levnadsvanor. Den snabba överviktsutvecklingen bland barn och ungdomar har ökat intresset för att förebygga via skolan. Skolan når alla barn och här finns möjlighet att minska sociala skillnader i hälsa. Det ligger i skolans uppdrag att lära barn vad som är hälsosamma levnadsvanor och skolhälsovården ska följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Forskningen visar att det går att främja goda matvanor och fysisk aktivitet samt förebygga övervikt genom skolbaserade program och många kommuner och landsting utvecklar i dag sitt folkhälsoarbete inom denna arena. Program som har utvecklats utomlands behöver dock testas, anpassas och utvärderas i Sverige innan de sprids i större skala inom landet.

Österåkersprojektet har utformats i samarbete mellan Karolinska Institutet och Österåkers kommun. Målet med interventionen är att förbättra matvanor, fysisk aktivitet, självkänsla och tillfredsställelse med den egna kroppen hos barn 6-16 år och därigenom främja en normal viktutveckling. Själva interventionen pågår mellan 2009-2011 och är utformad för att vara långsiktigt hållbar. Tonvikten ligger därför på att bygga kapacitet ("capacity-building"), dvs. att ge skolorna verktyg för att själva identifiera, prioritera, planera, implementera, utvärdera och vidmakthålla ett förändringsarbete.

Utmärkande för projektet är hög grad av deltagarstyrning där skolorna förväntas bära ansvaret för förändringsarbetets alla faser och för att hitta egna lösningar på hinder och problem. Interventionskomponenter i projektet omfattar bildandet av hälsoteam på varje skola, ett självbedömningsverktyg för skolans hälsoarbete, workshoppar för diskussion bland teamdeltagarna och utveckling av handlingsplaner, utbildningar för personal inom berörda områden, samt en föräldrakomponent. Implementeringen stöds av projektledningen genom skolbesök, coaching, återkopplingar, nyhetsbrev samt möten med politiker i kommunen.

Hälsoteamen består av representanter från skolhälsovården och måltidsverksamheten, idrottslärare, fritidspersonal, ämnes- och klasslärare och i vissa fall skolledningen. Syftet med hälsoteamen har varit att öka samverkan på skolan och att ge ett delat ägarskap för hälsofrågorna för att de inte ska falla på en enstaka eldsjäl.

Skolhälsonyckeln (SHN) vars användning bygger på att hälsoteamen gör gemensamma bedömningar av skolans hälsoarbete, har en central roll i interventionen. Verktøget har vidareutvecklats i samarbete med skolpersonal och tjänstemän i kommunen. Verktøget bidrar till att medvetandegöra personalen om skolans hälsoarbete och ger dem nya insikter på området och kring sin egen roll. Erfarenheterna visar att Skolhälsonyckeln kan vara en bra metod att öka medvetenheten om skolans hälsoarbete och att påbörja ett förändringsarbete, men att användningen i sig självt inte är tillräcklig för att åstadkomma förändringar i skolans hälsoarbete.

Utvärderingen av interventionen är planerad som en kvasiexperimentell studie (ej randomiserad) med 9 interventionsskolor och 9 jämförelseskolor. Data samlas in på både skol- och elevnivå vid baslinjen, efter 2 år och efter 3 år. Alla elever som år 2009 gick i årskurs 2, 4 och 7 i kommunen har inbjudits till studien och deltagandet är cirka sextio procent. Kroppsvikt och längd mäts av skolpersonal. Matvanor, fysisk aktivitet och självkänsla mäts med hjälp av en validerad enkät. Skolans hälsoarbete bedöms bl.a. med hjälp av Skolhälsonyckeln. Intervjuer kommer att genomföras med skolpersonal i slutet av projektet för att belysa hinder och möjligheter med den valda ansatsen.

Halvvägs in i projektet driver nu alla skolorna sina egna projekt med egna målsättningar och tidsplaner. Bredden i skolornas insatser är stor och de har utvecklat en stor kompetens i hälsoarbetet. Att de själva äger kunskapen, erfarenheterna och förändringsarbetet är goda förutsättningar i projektets nästa fas; arbetet för vidmakthållande.

1. Skolan som hälsofrämjande arena

De senaste decennierna har folkhälsoarbetet antagit en allt mer tvärsektoriell karaktär i takt med att forskningen har identifierat betydelsen av fler samhällssektorer utöver hälsosektorn för utvecklingen av folkhälsan. Denna process utmynnade år 2003 för Sveriges del i en ny nationell folkhälsopolitik som omfattar ett trettiotal politikområden (1) och på internationell nivå i konceptet ”Health in all policies” (2). Utbildningspolitiken är en av de viktigaste sektorerna utöver hälsosektorn för att främja en god folkhälsa. Utbildning är i sig den kanske starkast påverkbara bestämningsfaktorn för människors hälsa (3). Många andra hälsosfaktorer såsom levnadsvanor visar tydliga samband med utbildningsnivån. Generellt kan man säga att ju högre utbildningsnivå och inkomster en person har desto bättre är hälsan. Detta förklaras till viss del av bättre matvanor, mer fysisk aktivitet på fritiden, mindre rökning, normal kroppsvikt m.m. (4). Barns hälsa styrs i hög grad av föräldrarnas utbildningsnivå.

1.1 Teorier och modeller

En modell för hur skolan är med och påverkar elevernas hälsa är den social-ekologiska modellen för hälsa. Den identifierar bestämningsfaktorer för hälsa på alla nivåer i samhället (5). Faktorerna spänner från individens egna biologiska förutsättningar, via sociala och fysiska livsmiljöer, organisatoriska förutsättningar till nationell och internationell policy och lagstiftning. Inom området matvanor, fysisk aktivitet och förebyggande av fetma visar den samlade forskningen att ett social-ekologiskt perspektiv behövs för att utveckla effektiva befolkningsinriktade interventioner som är långsiktigt hållbara (5, 6). För att uppnå bestående effekter bland barn behöver man framför allt inrikta sig på miljöförändringar inom de arenor där barn tillbringar sin tid såsom hemmet, förskola, skola och föreningslivet och helst i kombination med kunskapshöjande aktiviteter riktade direkt till barnen (6, 7).

Teorier för beteendeförändring är användbara i interventioner där beteendeförändring är målet. Teorier är en hjälp i att utveckla en programteori som beskriver den hypotetiska orsakskedjan för själva interventionen, dvs. vilka faktorer man vill påverka för att uppnå målet (8). Social kognitiv teori (SKT) är en teori för hur individer anammar och upprätthåller vissa beteendemönster. Den förklarar individens beteenden utifrån samspelet med miljön och personliga faktorer. De centrala idéerna i SKT är att individen inte bara lär genom egna erfarenheter utan även genom att observera andras beteenden och resultaten av dem samt att miljön kan stödja en förändring. Enligt SKT kan hälsofrämjande insatser utgöras av en kombination av såväl förändringar i miljön, som goda förebilder och bekräftande budskap.

1.2 Sambandet mellan hälsa och lärande

Sambandet mellan hälsa och utbildning är komplext och svårstuderat då det inte är möjligt att göra experimentella studier. Sannolikt är det så att hälsan påverkar lärande och utbildning samtidigt som utbildning påverkar hälsan. Människor som är friska och mår bra har lättare att ta till sig nya kunskaper, vilket gäller både vuxna och barn (9).

Omvänt kan nya kunskaper bidra till bättre levnadsvanor och hälsa. Skolan har alltså dubbla möjligheter att påverka hälsan positivt bland barn och ungdomar. Dels genom att höja deras utbildningsnivå generellt, dels genom att lära dem både i teori och i praktik hur man kan leva

hälsosamt i vardagen och undvika hälsorisker. Näst efter familjen är skolan samhällets viktigaste institution när det gäller barns lärande, utveckling och hälsa (10).

Sambandet mellan levnadsvanor, hälsa, kognitiv förmåga och inläring har studerats i en rad studier. God hälsa har samband med positiva studieresultat och andra effekter så som prestationen i klassrummet, elevens beteende och attityder, dock under påverkan av socioekonomiska faktorer (11). Det finns i dag belägg för att personer med hög kognitiv förmåga har bättre hälsa jämfört med personer med sämre förmåga. Junger & van Kampen har visat att ungdomar med hög kognitiv förmåga och hög självkontroll har mer hälsosamma matvanor och högre fysisk aktivitet och ser därför behovet av extra insatser för att främja hälsosamma levnadsvanor i skolan för elever med sämre kognitiv förmåga (12).

I samband med att man i Danmark diskuterar införandet av skolmåltider, likt svensk modell, har Fødevarestyrelsen gjort en systematisk kunskapsöversikt om sambandet mellan kostfaktorer, inläring och beteende hos barn (13). Resultaten från de identifierade studierna är dock inte lätta att jämföra då utfallen varierar från kortvariga förbättringar i kognitiv förmåga (t.ex. uppmärksamhet och minneskapacitet) till långsiktiga effekter på betyg och prestation i olika ämnen. Översikten begränsar sig till effekter hos relativt välnärda och friska barn. Det finns inte så många studier gjorda och slutsatserna är därför inte heller så starka. Betydelsen av följande faktorer undersöktes: Den samlade kosten, frukost, lunch, mellanmål, socker, tillsatser, koffein, mikronäringsämnen, fiskolja och övervikt. När det gäller frukost visade forskningen att det hos yngre barn fanns en negativ effekt på kognitiva funktioner om barnet inte åt frukost alls, om frukosten hade lågt energiinnehåll eller om den bestod till stor del av ”snabba” kolhydrater. Sannolikt innebär det på lång sikt att barnens inläring försämras, men det återstår att visa. Tonåringar verkar inte lika känsliga. Det är stor brist på studier av lunchens betydelse för inläringen. Att regelbundet äta mellanmål verkar ge bättre koncentration och minne. Flera studier visar att överviktiga barn i genomsnitt visar sämre skolresultat och har sämre kognitiv förmåga, men det kan inte avgöras hur orsakssambandet ser ut eller om kosten spelar en roll i detta. Författarna drar slutsatsen att det är sannolikt att kosten har betydelse för inläring hos danska barn därför att ohälsosamma matvanor påverkar inläringen negativt. Vidare anser de att hälsosam kost i skolan sannolikt skulle gynna barn med sämre matvanor mest och att det i dag är mycket svårt att uppskatta hur många danska barn som har så dåliga matvanor att det påverkar deras inläring negativt.

Det finns även goda argument för varför skolan bör satsa mycket kraft på att eleverna är fysiskt aktiva. Utöver den rent fysiska och motoriska utvecklingen får eleverna möjlighet att mötas och kommunicera, ta olika sociala roller, lära sig tolerans, respekt och samarbete och att hantera känslor när de är fysiskt aktiva i skolan (14). Aktiviteten måste dock vara pedagogiskt utplagd, välplanerad och av hög kvalitet vilket understryker behovet av att lärarna är välutbildade i idrottsämnet och att de förmår att utveckla ett positivt samspel med eleverna. Dåliga idrottslärare kan å andra sidan förstöra barns upplevelser av fysisk aktivitet för resten av livet. Självkänslan ökar med fysisk aktivitet medan symptom på stress, ångest och depression minskar (15). Dessa faktorer är i sin tur viktiga för inläring och välbefinnande. Fysisk aktivitet har även direkt positiv inverkan på kognitiv förmåga och inläring genom att öka blodflödet i hjärnan (16). I en systematisk kunskapsöversikt från USA (17) konstateras att idrott i skolan om något ökar skolprestationen. Detsamma gäller för rastaktiviteter som kan förbättra barnens koncentration och uppmärksamhet i klassrummet. Det mesta tyder också på att barn som är fysiskt aktiva på fritiden uppvisar bättre skolprestationer. Det borde därför ligga i skolans

intresse att utifrån sitt lärandeuppdrag bidra till att barn och ungdomar har regelbundna och hälsosamma matvanor och att de rör på sig tillräckligt mycket.

1.3 Styrdokument för skolans hälsoarbete

Det ligger i skolans uppdrag att lära barn vad som är hälsosamma levnadsvanor. Detta uppdrag är konkretiserat för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet (18), där målet i grundskolan är formulerat som ”Skolan har ansvar för att varje elev efter genomgången grundskola har grundläggande kunskaper om förutsättningarna för en god hälsa samt har förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan och miljön”. När det gäller fysisk aktivitet finns dessutom följande formulering i läroplanen: ”Skolan skall sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet inom ramen för hela skoldagen” (18). Det åligger specifikt skolhälsovården att se till att barnen har hälsosamma levnadsvanor. Enligt skollagens 14 kapitel 2§ ska skolhälsovården ”följa elevernas utveckling, bevara och förbättra deras själsliga och kroppsliga hälsa och verka för sunda levnadsvanor hos dem. Skolhälsovården skall främst vara förebyggande”. Sedan 2003 gäller dessutom att ”varje elev i grundskolan eller sameskolan skall erbjudas att genomgå minst tre allmänna hälsokontroller, jämnt fördelade under skoltiden”. I den nya skollagen som träder i kraft 1 juli, 2011 har ”skolhälsovården” bytt namn till ”elevhälsan”. I 2 kapitel 25§ står ”Elevhälsan ska omfatta medicinska, psykologiska, psykosociala och specialpedagogiska insatser. Elevhälsan ska främst vara förebyggande och hälsofrämjande. Elevernas utveckling mot utbildningens mål ska stödjas” (19). I den nya skollagen har dessutom kraven på kostnadsfri skolmat kompletterats med krav på att de serverade måltiderna också skall vara näringsriktiga.

Många kommuner och skolor har härutöver frivilligt formulerat policier för hur skolan kan arbeta för att främja barns hälsa. En kartläggning har nyligen gjorts av Nationellt Centrum för främjandet av barns hälsa (20). I många landsting finns policier och/eller handlingsplaner för hur kommuner och landsting stödjer hälsofrämjande arbete i skola och förskola. Landstingens intresse ligger främst i att förebygga ohälsa och därmed på sikt minska sjukvårdskostnaderna. I Stockholms län finns sedan 2004 ett handlingsprogram för att förebygga övervikt och fetma, där förebyggande insatser riktade till barn och ungdomar har högsta prioritet (21). Skolan ses här som en viktig arena för att nå barn och ungdomar och Österåkersprojektet finansieras också till större delen med medel från landstinget.

I motsats till många andra länder saknar Sverige en specifik handlingsplan för goda matvanor, fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt och fetma. Mål och insatser på detta område finns dock formulerade i den nationella folkhälsopolitiken (22). Som medlem i Världshälsoorganisationen (WHO) har Sverige förpliktigt sig att arbeta med hälsofrämjande insatser i skolan.

Världshälsoorganisationen antog år 2004 en global strategi för matvanor, fysisk aktivitet och hälsa (23), där skolan utpekades som en viktig arena för hälsofrämjande arbete riktat till barn (WHO 2004, punkt 43). Vidare antog WHO:s Europakontor år 2007 sin andra handlingsplan för livsmedel och bra matvanor med 6 aktionsområden, varav ”En hälsosam start i livet” är den första (24). Här återfinns insatser i skola och förskola som inkluderar undervisning och insatser för en stödjande miljö. Även inom det nordiska samarbetet har Sverige tagit på sig ansvaret att vidareutveckla hälsoarbetet i skolan genom att anta den nordiska handlingsplanen för matvanor och fysisk aktivitet 2006 (25). Också här lyfts förskola och skola som viktiga arenor för att nå alla barn. Vikten av att lärarna har goda kunskaper inom området och att de nordiska länderna ska intensifiera samarbetet på detta område betonas.

1.4 Skolans möjligheter att minska sociala skillnader i hälsa

Anledningen till att beslutsfattare unisont förordar skolan i folkhälsoarbetet är att den är obligatorisk och därmed omfattar alla barn. Skolan är en miljö som omfattar såväl den fysiska, psykiska och den sociala miljön. Mål och värderingar spelar en viktig roll och genom att främja elevernas sociala och känslomässiga utveckling främjas också studieresultaten (20). Ingen annan samhällsinstitution har samma möjligheter att minska sociala, kulturella och ekonomiska klyftor bland barn. Det betyder samtidigt att det finns en tendens att både politiker och allmänhet anser att alla samhällsproblem som rör barn ska lyftas och lösas i skolan.

Terje Ogden (10) har sammanfattat forskningen på området och drar slutsatsen att förebyggande hälsoarbete i skolan bör vara integrerat i den vanliga undervisningen, vara långsiktigt och vara välanpassat till elevernas behov i omfattning och innehåll för att få effekt. Vidare menar han att effektiv undervisning i kombination med miljöåtgärder kan bidra till att elever sköter sin hälsa bättre, att de stärker sin sociala kompetens och utvecklar en positiv syn på sig själva. Det förebyggande arbetet måste vara långsiktigt i sin karaktär och fungera som en motvikt till riskpåverkan och problemutveckling (10).

1.5 Skolans arbete med matvanor och fysisk aktivitet

Sedan slutet av nittiotalet har flertalet myndigheter i Sverige haft för avsikt att initiera och leda långsiktiga satsningar på skolan som arena för folkhälsoarbete. Det pågår utvecklingsarbete på många håll och många projekt har startats. Arbetet varierar enormt mellan olika kommuner och skolor. I en studie från Stockholms län (26) tillfrågades alla länets rektorer om deras inställning till hälsofrämjande arbete kring matvanor och fysisk aktivitet inom skolans ram. Inte oväntat framkom att rektorernas attityder har stor betydelse, bl.a. för att det på skolor med positiva rektorer fanns en tydlig struktur för dessa frågor.

Skolinspektionen uppmärksammade våren 2010 att idrottsämnet halkar efter när det gäller grundläggande krav på undervisning, bl.a. finns en systematisk könsskillnad i betyg, det finns brist på åtgärdsprogram för elever som inte når målen, elever befrias från undervisningen utan beslut och det finns många obehöriga lärare (27). Även fritidshemmen har uppmärksammats för att inte leva upp till sin fulla potential vad gäller att stimulera barnens utveckling och lärande (28).

Skolverket anser att det finns ett stort behov av utveckling och forskning om hälsofrämjande skolor och att hem- och konsumentkunskapens plats och roll i det hälsofrämjande arbetet måste tydliggöras (29). Vidare poängterar man att i många s.k. hälsofrämjande skolor tar fysisk aktivitet en stor plats, medan matvanor har liten eller ingen plats vare sig i realiteten eller i policydokument. Skolverket efterlyser en tydlig pedagogisk idé som genomsyrar hälsoarbetet i skolan och vill se arbetsformer som möjliggör lärande om hälsa ur ett brett perspektiv. Myndigheten för skolutveckling anser att frågor som rör elevers handlingsberedskap för det konsumtionssamhälle de lever i inte kan hanteras endast inom hem- och konsumentkunskapen, som i timplanen har det minsta utrymmet under elevernas hela grundskoletid, utan måste ses som en gemensam angelägenhet för hela skolan (30).

Nationellt Centrum för främjande av barn hälsa i skolan (NCF) samlar kontinuerligt in lärande exempel inom området matvanor och fysisk aktivitet på sin hemsida (www.oru.se/ncff) som andra skolor kan ta del av och här beskrivs ett rikt utbud av aktiviteter som pågår runt om i landet. Tyvärr är det få projekt som utvärderas vetenskapligt och publiceras internationellt, vilket innebär att denna

kunskapsmängd förblir ”osynlig” för det internationella vetenskapssamhället och inte ingår i systematiska kunskapsöversikter.

I takt med överviktsutvecklingen bland både barn och vuxna, som belastar landstingens hälso- och sjukvårdsbudgetar har insatser i skolan för goda matvanor och fysisk aktivitet fått ökad uppmärksamhet och stöd i landsting och regioner det senaste decenniet. Men för att folkhälsoarbetet inom detta område ska få en skjuts framåt behövs forskning som visar på effektiva och realistiska program anpassade till en svensk kontext.

2. Hälsoproblem bland barn i relation till matvanor och fysisk aktivitet

2.1 Övervikt och undervikt

Fetman har som i övriga världen flerfaldigats i Sverige över en 20-års period (3). Energibalansen har förskjutits i takt med att barn i dag tillbringar allt mer tid med stillasittande aktiviteter och intar större mängder energität mat jämfört med tidigare (31). Även för lite sömn har identifierats som en riskfaktor för övervikt och fetma (32). Undervikt är ett mindre problem i Sverige, men enligt internationella kriterier (33) visar en Stockholmsstudie från 2000-talet på en prevalens på 4-7 % bland barn i åldern 11-18 år (Rosendal, under publicering).

2.2 Matvanor och fysisk aktivitet

Det finns i dag endast en representativ och återkommande studie över svenska skolbarns hälsovanor, nämligen den av WHO initierade ”Skolbarns hälsovanor” (34) som har genomförts vart fjärde år sedan 1985/86. Härutöver finns Riksmaten Barn genomfört av Livsmedelsverket år 2003 (35). I övrigt finns bara lokala studier. De flesta undersökningarna visar på sociala skillnader i matvanor och fetma bland barn (36-38). Generellt sett är intaget av frukt och grönsaker för lågt och intaget av tillsatt socker för högt bland svenska barn. Därför är den senaste utvecklingen positiv, nämligen att frukt- och grönsakskonsumtionen är på väg upp bland tonåringar och andelen av barn som äter sötsaker dagligen har minskat från 16 % till 6 % mellan 2001 och 2009 enligt undersökningen Skolbarns hälsovanor, som dock bygger på självrapporterade data. För fysisk aktivitet har det inte skett stora förändringar under samma period. Glädjande är också att ökningstakten av fetma har avtagit (39), även om stora socioekonomiska skillnader består (36). När det gäller fysisk aktivitet visar en svensk avhandling att fysisk aktivitet bland 10-åriga barn är högre på skoldagar än på helger och att pojkar är mer aktiva jämfört med flickor (40).

2.3 Ätstörningar

Enligt forskningen ligger förekomsten av diagnostiserade ätstörningar såsom anorexi och bulimi relativt konstant i Sverige och andra länder (41). Ett ätbeteende som dock ökar i takt med övervikten, i alla fall i USA, är det så kallade störda ätbeteendet. Detta tillstånd karakteriseras bland annat av ohälsosamma viktcontrollerande handlingar såsom fasta, äta mycket lite, använda piller och laxermedel, använda måltidsersättningsprodukter, hoppa över måltider, röka m.m. (42). Missnöje med vikt och utseende, stört ätbeteende och ohälsosam viktkontroll är relativt vanligt hos unga med övervikt (43). I en undersökning bland tonåringar från 2006 i USA höll 58 % av flickorna och 31 % av pojkarna på med ohälsosamma bantningsförsök. I samma studie visades att bantning och fram för allt ohälsosam bantning var förknippat med en högre risk för fetma, stört ätbeteende och ätstörning 5 år senare (42). Ingen av bantningsmetoderna, även de hälsosamma som skedde på eget initiativ, ledde efter 5 år till viktnedgång bland tonåringar. Författarna understryker att interventioner mot fetma och ätstörningar inte får krocka i sina budskap och att det tvärtom är önskvärt att budskapen harmonierar och arbetar mot samma mål nämligen en normal viktutveckling (44). Det finns starka gemensamma riskfaktorer för över- och undervikt såsom bantning på egen hand, missnöje med kroppen genom bland annat påverkan från media eller att bli retad för sin kropp av närstående (45, 46). Neumark-Sztainer har sammanfattat sin forskning i 5 rekommendationer till hur man bör arbeta förebyggande

mot både övervikt och ätstörningar samtidigt bland ungdomar (47). Dessa är: 1) Avråda ungdomar från ohälsosam bantning, tala i stället om hälsosamma matvanor och fysisk aktivitet; 2) främja en positiv kroppsuppfattning; 3) uppmuntra till trevliga familjemåltider; 4) uppmana familjer att inte diskutera kroppsvikt utan i stället att göra mer för att främja positiva vanor; 5) utgå ifrån att överviktiga ungdomar har varit utsatta för negativa händelser på grund av sin vikt. Ta upp detta med ungdomarna och deras familjer.

Även om dessa rekommendationer är gjorda på basis av amerikanska studier, där problemet med tonårsfetma är långt större än i Sverige, har de sannolikt relevans även i Norden. I en studie bland 14-15 åriga högstadies elever från Turku, Finland undersöktes förekomsten av ätstörningssymptom med ett 5-frågeinstrument kallad SCOFF (48). Tjugofyra procent av flickorna och 16 % av pojkarna hade sådana symptom. De starkaste riskfaktorerna för ätstörningssymptom var missnöje med utseende och kroppsvikt. Vikten i sig var ingen riskfaktor utan den egna upplevelsen av hur man såg ut. Missnöjet med utseendet var högre hos flickorna liksom andra psykiska riskfaktorer som depression, ångest och stress. Barn som har en god självkänsla har mindre benägenhet att falla offer för utseendefixering och missnöje med kroppen. Att främja en god självkänsla har använts med gott resultat för att minska missnöje med kroppen och förebygga ätstörningar (49).

2.4 Stabiliteten i matvanor och fysisk aktivitet från barndom till vuxen ålder

Det råder en allmän uppfattning om att det är viktigt med tidiga insatser för bättre levnadsvanor så att dessa grundläggs i barndomen och bibehålls i vuxen ålder. Detta är förstås ett viktigt argument för att skola och förskola ska arbeta med frågorna. Forskningen på området visar dock inga entydiga tecken på att levnadsvanor i barndomen bärs med till vuxen ålder. Samtidigt är det mycket välbelagt att levnadsvanor har starkt samband med social klass, dvs. utbildning och inkomst (3, 4). Det räcker inte med tidiga insatser för att barn ska bära med sig hälsosamma levnadsvanor in i vuxen ålder. Dock är det viktigt att främja hälsosamma levnadsvanor i skola och förskola under en period av stark tillväxt, även om det inte finns en garanti för att vanorna upprätthålls i vuxenlivet.

3. Interventioner i skolan

Evidensbaserat folkhälsoarbete bygger på att man i planeringen av nya projekt utgår ifrån den samlade kunskapen på området och följer ”best practice”, dvs. den bästa tillgängliga kunskapen. Oftast är denna kunskap samlad i systematiska kunskapsöversikter. Inom området skola, matvanor och fysisk aktivitet finns i dag ett stort antal sådana översikter. En generell brist i många primära skolinterventioner är dock att den externa validiteten inte diskuteras, dvs. i vilken utsträckning resultatet går att överföra till andra skolor och länder. En stor del av litteraturen kommer från engelskspråkiga länder med en annan skolorganisation, pedagogik och sociala relationer mellan elever och lärare. Innan ett program kan överföras till en svensk skola behöver det därför testas och utvärderas på plats.

3.1 Två angreppssätt

När det gäller hälsofrämjande arbete i skolan finns två angreppssätt: ”Hälsofrämjande arbete i skolan” och ”Hälsofrämjande skola”. Hälsofrämjande arbete i skolan utgår från skolan som en arena, där man intervenerar med specifika program och som ofta rör en eller ett par hälsofrågor i taget, t.ex. alkohol eller matvanor. Designen är ofta en kontrollerad studie och interventionen utgörs av väldefinierade komponenter och en manual för hur programmet ska genomföras, dvs. det är expertdrivet. I kontrast till detta finns konceptet ”Hälsofrämjande skola” som i högre grad bygger på deltagarstyrning och på ett holistiskt synsätt, som ofta inkluderar skolans sociala och fysiska miljö och ofta utvecklar samarbete med hela kommunen (50). Man talar om ett ”whole school approach” och ett multifaktoriellt angreppssätt och lyfter begreppet delaktighet och långsiktighet. Essentiella komponenter i en hälsofrämjande skola är enligt International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (51):

1. Hälsofrämjande skolpolicies – väldefinierade dokument eller rutiner kring t.ex. mat eller mobbning
2. Skolans fysiska miljö – byggnader, utemiljö, utrustning, matutbud
3. Skolans sociala miljö – förhållandet mellan personal och elever
4. Individuella hälsokompetenser - formell och informell kursplan för att ge kunskap och kompetens kring hälsosamma vanor
5. Samverkan med samhället – länken mellan skola och familj samt med andra grupper i samhället
6. Elevhälsan – hälsovård och hälsofrämjande arbete med eleverna

Mycket av initiativet och ansvaret för utvecklingsarbetet överläts till den enskilda läraren och skolan och strategin förmedlar att det finns få standardiserade lösningar som skolor direkt kan börja använda. Skolan väljer relativt fritt mellan olika program som sedan anpassas till skolans eller närmiljöns särprägel.

3.2 Forskningen om Hälsofrämjande skola

I en systematisk kunskapsöversikt från Världshälsoorganisationen (50) sammanfattas kunskapen om erfarenheterna med Hälsofrämjande skola (HFS). Författarna kunde inte identifiera några studier där skolorna helt och hållet uppfyllde kriterierna för HFS och de flesta studierna var små och av varierande kvalitet. Med det i åtanke anses konceptet ändå lovande då det har observerats förbättringar i den

sociala och fysiska miljön på skolan, förbättringar i elevernas kostintag och fysiska aktivitet, välbefinnande, självkänsla och minskad mobbning. Ett problem som identifierades var att HFS-konceptet, som ger skolor friheten att själva utforma sina program, inte harmonierar med vad det innebär att genomföra en manualbaserad randomiserad studie. De olika Hälsofrämjande skolornas program kan variera så mycket att det inte blir meningsfullt att kombinera resultaten och det kan ta lång tid att förändra hela skolans arbetssätt, som HFS-konceptet kräver. WHO konkluderar att det behövs mer forskning för att visa att HFS konceptet fungerar bättre för hälsorelaterade utfall än smalare, mer specifika och expertstyrda program.

Slutsatser från studier på området matvanor och fysisk aktivitet som har utförts i HFS- anda har legat till grund för följande riktlinjer för vad som ”best practice” anses vara (51):

1. Använd ett ”whole school approach”
2. Involvera föräldrar och påverka utbudet i hemmet
3. Se till att det finns samstämmighet mellan undervisning och matutbudet i skolan
4. Satsa på regelbunden fysisk aktivitet över skoldagen
5. Ta hänsyn till elever med speciella behov och önskemål
6. Använd långsiktiga (>3 år) program med regelbunden input från lärare och elever i planering och genomförande
7. Utbilda kontinuerligt lärare

Arbetet med att stödja en organisation för att den skall kunna bedriva och långsiktigt underhålla ett program beskrivs ofta som att höja organisationens kapacitet (”capacity building”). Det omfattar förmågan hos organisationens medarbetare att agera och arbeta för organisationens behov men också det sociala och politiska stöd som krävs för en lyckad implementering av ett program.

Kapacitetshöjande insatser inbegriper aktiviteter på tre nivåer; utveckling av kunskaper och kompetenser hos praktiker, utbyggnaden av stöd och infrastruktur för hälsofrämjande arbete i organisationer och utvecklingen av lokalsamhällets samverkan i hälsofrågor (52). En annan vanlig definition beskrivs av Durlak och DuPre: ”den nödvändiga motivationen och förmågan att identifiera, prioritera, planera, implementera, utvärdera och vidmakthålla effektiva interventioner” (53). Att bygga kapacitet bör ses som något mer än att enbart ge utbildning och tekniskt stöd. Målet är att organisationen själv besitter kunskaper, erfarenheter och motivation för att långsiktigt driva och vidmakthålla utvecklingsarbetet inom ett område.

3.3 Fetmaförebyggande program i skolan

I länder som Storbritannien, Australien och USA, där prevalensen av barnfetma är flerfaldigt högre än i Sverige har ett stort antal randomiserade och kontrollerade interventionsstudier (RCT) genomförts i skolsammanhang. Primärstudierna har sedan sammanställts i systematiska kunskapsöversikter som därmed utgör ”best practice”, dvs. den bästa tillgängliga kunskapen baserad på forskning. I det följande ska vi referera till några av dess kunskapsöversikter.

Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering (SBU) har gjort ett antal systematiska kunskapsöversikter över fetmaförebyggande åtgärder med en uppföljningstid på 12 månader (54). Den senaste översikten omfattar mer än 30 000 barn i totalt 39 olika studier (55). Femton av dessa visade positivt resultat, dvs. att övervikten/fetman hade minskat, i 24 av studierna fanns ingen förändring och i ingen av studierna rapporterades en ökning i fetmaprevalens. Trots att detta resultat var relativt svagt

konkluderade SBU att det var osannolikt att resultatet skulle ha uppkommit av en slump och fastslog därmed att det är möjligt att förebygga fetma hos barn och ungdomar genom begränsade, skolbaserade program som kombinerar främjande insatser för mat och fysisk aktivitet. Vidare konstaterades att det är svårt att åstadkomma effekt om inte fritiden, hemmet och föräldrarna involveras. Skolinsatserna bör ske både inom undervisningen och i skolans fysiska och sociala miljö. Man bör rikta insatser mot stillasittande. Inget av dessa program visade negativa effekter såsom ökad förekomst av ätstörningar eller minskad tillväxt bland barnen. SBU:s genomgång behandlade studier där fetma/övervikt var det primära utfallet. Översikten ger ingen fingervisning till vilka specifika interventionskomponenter som var effektiva. År 2005-6 kom flera nya kunskapsöversikter på området (56-59) bland andra Cochrane översikten av Summerbell et al., som uppdaterades 2009. Cochrane översikten från 2009 inkluderade 38 studier där kroppsvikt fanns som ett utfallsmått och studierna varade minst 12 veckor. Slutsatserna är något mer försiktiga jämfört med SBU:s. En av tre studier rapporterade en förbättring av matvanor, i fem av 15 studier sågs en förbättring av fysisk aktivitet, och i nio av 20 kombinerade studier sågs signifikanta skillnader på kroppsvikten. Skolbaserade insatser, som inkluderar både undervisning och förändringar i skolmiljön kan ha en positiv effekt när det gäller att främja en normal viktutveckling, men det vetenskapliga underlaget är ännu för svagt. Det finns inte tillräcklig evidens för att rekommendera ett bestämt program, men en kombinerad ansats med både kost och fysisk aktivitet rekommenderas för att långsiktigt förebygga fetma bland barn. När det gäller genomförandet av programmen gjordes det i de flesta fall av skolpersonal under handledning av forskare. Det fanns en tendens att resultatet blev bättre om interventionen ingick i ordinarie undervisning och inte skedde som en extra insats. Det finns ännu för lite kunskap om hur olika socioekonomiska och etniska grupper påverkas av interventionerna. Gemensamma problem som återkommer i alla studier är att matvanor och fysisk aktivitet inte kan mätas med tillräcklig precision för att bedöma skillnader över tid och mellan interventions- och kontrollgruppen, genomförandet är otillräckligt beskrivet för att studien ska kunna upprepas, kontext är ofullständigt beskriven för att kunna bedöma generaliserbarheten av resultatet och slutligen är studiens statistiska styrka ofta för låg, dvs. man har få deltagare. Författarna rekommenderar att man använder både kvantitativa och kvalitativa metoder i utvärderingen och att man i framtiden är mer noggrann med att bedöma den externa validiteten. Detta är speciellt ett problem när vi vill överföra resultat från amerikanska eller brittiska studier till svenska förhållanden.

Konklusionerna i Kropski et al.'s kunskapsöversikt är i stort sett samma som tidigare kunskapsöversikter, men framhäver dessutom att effekten av interventionerna oftast varierar mellan pojkar och flickor (60). Flickor verkar svara bättre på hälsoundervisning medan pojkar gynnas mer av strukturella och miljömässiga insatser som förbättrar möjligheterna till goda matvanor och fysisk aktivitet. Därför behövs differentierade insatser. Författarna är inte helt övertygade om att program som inkluderar insatser för föräldrar ger bättre resultat än enbart skolbaserade insatser, men öppnar möjligheten för att insatser riktade till föräldrar inte varit tillräckligt intensiva. Författarna uttrycker ett behov av att nya studier bör fokusera mer på vidmakthållande och ha som mål att åstadkomma förändringar på flera nivåer.

3.4 Program för att förbättra matvanor och/eller fysisk aktivitet i skolan

År 2009 publicerades en systematisk kunskapsöversikt från Cochrane Collaboration om hur skolan kan främja fysisk aktivitet bland barn i åldern 6-18 år, vilka effekter fysisk aktivitet har på den fysiska hälsan, samt vilka komponenter eller kombination av komponenter som är mest effektiva (61).

Kunskapsöversikten innehöll även insatser för att förbättra matvanor. Den omfattade 24 enbart förebyggande skolbaserade studier (observationella och experimentella) som innehöll en eller flera av följande komponenter: Undervisning om häls fördelarna med fysisk aktivitet och hälsosam kost, risker med inaktivitet och ohälsosam kost, skapandet av en positiv självbild och kompetens för fysisk aktivitet, ökad tid för fysisk aktivitet under skoltid, intensifiering av idrottslektionerna, tillgång till faciliteter samt utbildning av lärare. I översikten dras slutsatsen att det finns god evidens för att skolbaserade interventioner som använder sig av flera olika insatser för att öka fysisk aktivitet (som ett minimum skriftligt material och mer idrott på schemat) ökar elevernas fysiska aktivitet i skolan och minskar tv-tittandet, i alla fall på kort sikt och hos yngre barn. Detta resulterade i en minskning av blodkolesterol och förbättrad kondition, men generellt sett ingen minskning i blodtryck eller BMI. Det fanns ingen evidens för att fysisk aktivitet på fritiden ökade genom skolbaserade insatser. Författarna slår fast att skolbaserade interventioner inte räcker för att få barn mer aktiva på fritiden. Här behövs insatser riktade till familjen, men att detta kräver mer forskning. En viktig skillnad mellan studier som gav effekt och de som inte gav effekt var att de förstnämnda utfördes av utbildade idrottslärare. Längre interventionstid gav större effekt. Evidensen för att motsvarande insatser ökar aktiviteten hos tonåringar är svag för flickor och obefintlig för tonårpojkar, ej heller sågs någon effekt på tv-tittandet. För närvarande finns ingen tydlig evidens för att insatserna har olika effekter på pojkar och flickor eller att effekterna är bestående över tid. Inga skadliga effekter sågs.

När det gäller skolans möjligheter att öka barns frukt- och grönsaksintag är evidensen stark för att det kan lyckas. I en systematisk kunskapsöversikt från 2007 av de Sa (62) konkluderas att skolbaserade insatser kan öka konsumtionen med 0,14 – 0,99 portioner per dag och även förbättra barnens kunskaper om, attityder till och preferenser för frukt och grönsaker. I översikten inkluderades 35 kontrollerade studier med barn i två åldersgrupper och intaget ökade långsiktigt hos både yngre barn och tonåringar. Den mest effektiva interventionskomponenten var att öka tillgängligheten på skolan i form av ett kostnadsfritt eller subventionerat skolfruktsprogram, genom skolmåltiderna eller genom olika insatser inom ramen för undervisningen. I alla studier fanns dessutom ett element av hälsoundervisning och i vissa även en föräldrakomponent. Författarna påpekar att i och med att skolorganisationen varierar så mycket mellan länder är det viktigt att anpassa programmen till lokala förutsättningar.

3.5 Intressanta studier med deltagarstyrning

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) (6). I stället rekommenderas en bred ansats med hög grad av deltagarstyrning integrerat med kommunens övriga verksamhet och därmed anpassning till lokala förhållanden. Utifrån ett vidmakthållandeperspektiv är randomiserade kontrollerade studier inte alltid att föredra, men det betonas att utvärderingen måste ske med hög kvalitet. Nedan beskrivs ett antal pågående studier som bedrivs i denna nya ”anda”.

En sådan studie har pågått i Massachusetts USA och kallas ”Shape up Somerville” (63, 64) med målgruppen yngre barn och syftar till att förebygga övervikt. Detta är en intervention i tre etniskt blandade städer, varav den ena är interventionskommun och de två andra kontrollkommuner (kvasiexperimentell studie). Interventionen är i hög grad deltagarstyrd. Hela staden är involverad i interventionen som omfattar hela barnens vardag. De preliminära resultaten på BMI ser lovande ut.

Många av de insatser som görs i interventionskommunen (63) är redan på plats i en typisk svensk kommun som Österåker, t.ex. säkra cykelbanor, fritidsaktiviteter och näringsriktiga skolmåltider, vilket kan vara en del av förklaringen till varför fetmaprevalensen är lägre i Sverige än i USA.

Apple-projektet är en annan kommunbaserad skolintervention i Nya Zeeland (65) med barn i åldern 5-12 år som har visat lovande resultat. Studien omfattar bara två kommuner och kallas därför en pilotstudie. Även i denna intervention var deltagarna aktiva i planeringen. Varje deltagande skola fick en halvtids aktivitetskoordinator ställd till förfogande som koordinerade aktiviteter för barnen under och efter skoltid. I tillägg fick barnen undervisning om betydelsen av att minska intaget av sötade drycker och att öka intaget av frukt och grönsaker.

Ett tredje projekt, Be Active Eat Well projektet i Australien (66), har förskole- och skolbarn i ålder 4-12 år som målgrupp. Upplägget bygger på "capacity-building" vilket definieras som "det värde som tillförs ett system för att vidmakthålla hälsofrämjande eller preventiva program /... / och initiera ytterligare program" (66). Här finns en hög grad av deltagarstyrning. Studien är kvasiexperimentell med 10 interventionsskolor i en interventionskommun och jämförelseskolor i kommunerna runt omkring. Erfarenheterna av projektet hittills visar att "capacity-building" i kombination med en stödjande samhällsmiljö kan vara ett effektivt sätt att minska övervikt bland barn utan att öka sociala skillnader i hälsa.

Ett fjärde projekt är "Fun'n healthy in Moreland" (67). Detta är ett samarbetsprojekt mellan Deakin University och hälsomyndigheten i Moreland, en kommun i Melbourne, Australien. Interventionen inkluderar 23 randomiserade skolor och består av flera komponenter för att förbättra matvanor, fysisk aktivitet och välbefinnande hos målgruppen 5-12 åriga barn. Det finns även insatser för att förbättra skolmiljön. Vid varje skola finns ett hälsoteam som skraddarsyr ett program för skolan och som får stöd från projektteamet. Uthållighet är ett uttalat mål för programmet. Studien avslutades 2009 och resultaten förväntas 2010-11.

Sammanfattningsvis finns i dag en stor kunskapsmängd när det gäller främjandet av goda matvanor, fysisk aktivitet, självkänsla och förebyggande av fetma i skolan. De två olika angreppssätten "Hälsofrämjande skola" och "Hälsofrämjande program i skolan" konvergerar mer och mer i sina rekommendationer om att det behövs nya angreppssätt som arbetar på flera nivåer, som är flexibla, kostnadseffektiva, jämlika, hållbara och med en hög grad av deltagarstyrning (6). Hälsofrämjande skola-konceptet vinner terräng (68) men interventioner baserade på detta koncept behöver i framtiden utvärderas med större systematik och med både kvantitativa och kvalitativa metoder (69) för att kunna ligga till grund för förbättringar av metod och material.

4. Österåkersprojektet

4.1 Tillkomsten av projektet

Det övergripande syftet med projektet är att undersöka huruvida en ansats som inkluderar främjandet av såväl goda matvanor och fysisk aktivitet som självkänsla och tillfredsställelse med den egna kroppen hos barn 6-16 år, kan bidra till att främja en normal viktutveckling.

Upptakten till samarbetet med Österåkers kommun kom i samband med en förfrågan till Centrum för folkhälsa (CFF), Stockholms läns landsting (SLL) från kommunen om en utbildningsinsats om mat och rörelse under hösten 2007. Från CFF's sida gjordes klart att enbart utbildningsinsatser till skolpersonal inte skulle få önskad effekt. Istället föreslogs en mer omfattande kunskapsbaserad satsning som kom att bli Österåkersprojektet. Tjänstemän i Österåker kommun var redan väl insatta i överviktsproblematiken och hade sedan en lång tid bedrivit ett samarbete med SLL i överviktsfrågor ("Viktiga-gruppen") vari ingick representanter för Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, barnavårdscentralen, mödravårdscentralen, barnläkarmottagningar, ungdomsmottagningar, tandläkarmottagningar, sjukgymnaster, husläkare, dietist, kommunens kostchef samt idrotts- och hemkunskapslärare, skolläkare och kostchef för förskola. Samarbetsprojektet med landstinget var vid denna tidpunkt inne i slutfasen men höll på att överföras till kommunens ordinarie verksamhet.

Redan under våren 2007 hade kommunen tagit fram en lokal handlingsplan för att förebygga övervikt hos barn och ungdomar. Målgruppen för arbetet var all personal inom kommunen och landstinget som kommer i kontakt med barn och ungdomar, barnen och ungdomarna själva samt deras föräldrar. I handlingsplanen etablerades att överviktsarbetet är långsiktigt, förankrat i den politiska organisationen i både landsting och kommun, och att berörda chefer ska delta aktivt i processen. Efter det att handlingsplanen tagits fram gick Österåker kommun igenom en omfattande omorganisation vilket ledde till att arbetet med handlingsplanen tappade fart. Dock hann en del av de föreslagna punkterna genomföras såsom; en kostpolicy för kommunen; aktiviteter för barn med extra behov av rörelse; samverkan mellan olika yrkeskategorier; utbildningar till skolpersonal; samt beteendevetarstöd och hälsoinformation till föräldrar. Insatser som diskuterades var schemaläggning av lunchen och tillgång till frukt i skolan, men dessa verkställdes endast på vissa skolor. Föreslagna insatser som inte utförts är matlagningskurser för årskurs 3, och framtagning av en kokbok.

Förskole- och utbildningsnämnden beslutade att Kvalitetspriset under 2007 skulle handla om hälsa. Under 2007 pågick också ett arbete med att på politikernivå anta de råd och rekommendationer som ges i Livsmedelsverkets skrift Bra mat i skola/förskola. Vidare hade nyligen ett underlag till en kostpolicy tagits fram som under denna tid behandlades inom de berörda nämnderna. Kostpolicyen för goda matvanor inom Österåkers kommun togs sedan i juni 2009 av Kommunfullmäktige. "Viktiga-gruppen", kommunens handlingsplan mot övervikt och utvecklingen av kostpolicyen hade således banat vägen för en hel del förändringar i attityder och rutiner vad gäller överviktsprevention. Såväl tjänstemän som politiker inom kommunen var väl införstådda med överviktsproblematiken och det fanns en beredskap för att arbeta med överviktsrelaterade frågor. Den goda beredskapen har förmodligen underlättat förutsättningar för att kunna introducera ett interventionsprojekt av det slag som Österåkersprojektet utgör.

En gemensam satsning på att förebygga övervikt bland skolelever diskuterades vid ett möte mellan representanter från CFF och Österåker kommun i september 2007. Från Österåker deltog produktionsansvarig för förskola/skola, en representant för kundvalssidan/ utvecklingsidan, kommunens kostchef, samt verksamhetschefen för skolhälsovården. Grundtanken i uppläggningsplanen var att skolorna skulle ansvara för själva genomförandet av projektet på basis av en egen skraddarsydd handlingsplan medan CFF skulle ge kunskapsstöd och leda processen. Kommunen skulle ansvara för att ta fram baslinjedata och fortlöpande datainsamling, t.ex. återkommande elevenkäter samt ombesörja elevers och föräldrars samtycke.

Efter det inledande mötet påbörjades en förankringsprocess för projektet inom Österåker som riktade sig till skolorna såväl som till förvaltningen. Det första steget var ett möte med rektorer i december 2007 där bakgrunden till överviktsproblematiken, samt vad som fungerat i andra skolsatsningar presenterades. Den övergripande inställningen till förslaget om ett hälsoprojekt var att detta var positivt för skolorna och att dessa skulle få igen mycket av det. Dock uttrycktes en viss oro över att 7-8 personer per skola skulle involveras. Att frigöra personal är en ekonomisk fråga och rektorerna undrade om Österåker skulle tillsätta resurser. Vidare ville de att arbetet inte skulle vara begränsat endast till vad som gjordes på de egna skolorna, utan även involvera kommunens olika förvaltningar (tekniska, miljö, kultur etc). Rektorerna betonade också att planeringen skulle ta flera månader, att alla medarbetare måste involveras och frön sås. De ansåg det vara viktigt att få med hemmen och att föräldramöten skulle ingå i projektet. Det beslutades att en kontaktperson för kommunen skulle utses för samarbete runt teamutbildningar.

Under maj-juni 2008 utfördes observationer på de skolor i kommunen som uttryckt intresse för att medverka i projektet. Syftet med observationerna var förutom förankringsaspekten att få uppgifter om hur mycket eleverna var ute/inne under skoldagen, skolgårdarnas utformning, hur mycket undervisning i idrott och hälsa och hem- och konsumentkunskap eleverna hade, aktiviteter på raster samt antal elever/vuxna i skolmatsalen (pedagogiska måltider). Värdefullt för förankringsarbetet var att det vid skolbesöken alltid fanns en kommunrepresentant närvarande som inledde mötet med att beskriva bakgrunden till satsningen och därmed tydligt visade att kommunledningen gav sitt stöd för projektet. Efter skolbesöken gav ledningen för de flesta skolorna ett starkt stöd för satsningen och tog på sig ansvaret för att bilda teamen, förankra projektet inom skolan, och ta kontakt med föräldrarna. En annan komponent i förankringsarbetet var det samverkansavtal som gjordes mellan Österåker kommun och CFF/KI där parternas (KI, centrala förvaltningen i kommunen, skolhälsovården, skolorna och måltidsenheten) åtaganden klargjordes. Utbildningsnämnden har fortlöpande givit stöd till projektet vilket kan ses som ett led i att "hälsa" är ett prioriterat utvecklingsområde i kommunens utbildningspolitiska program.

Under april och juni 2009 presenterades projektet för politiker i produktionsstyrelsen och utbildningsnämnden. Det blev en positiv respons till projektets planerade uppläggningsplan och utförande vid båda tillfällena. Bland annat efterfrågade politikerna löpande presentationer av resultat från projektets process- och resultatutvärderingar.

Den första januari 2009 genomgick CFF en organisationsövergång till Karolinska Institutet och benämns härefter KI.

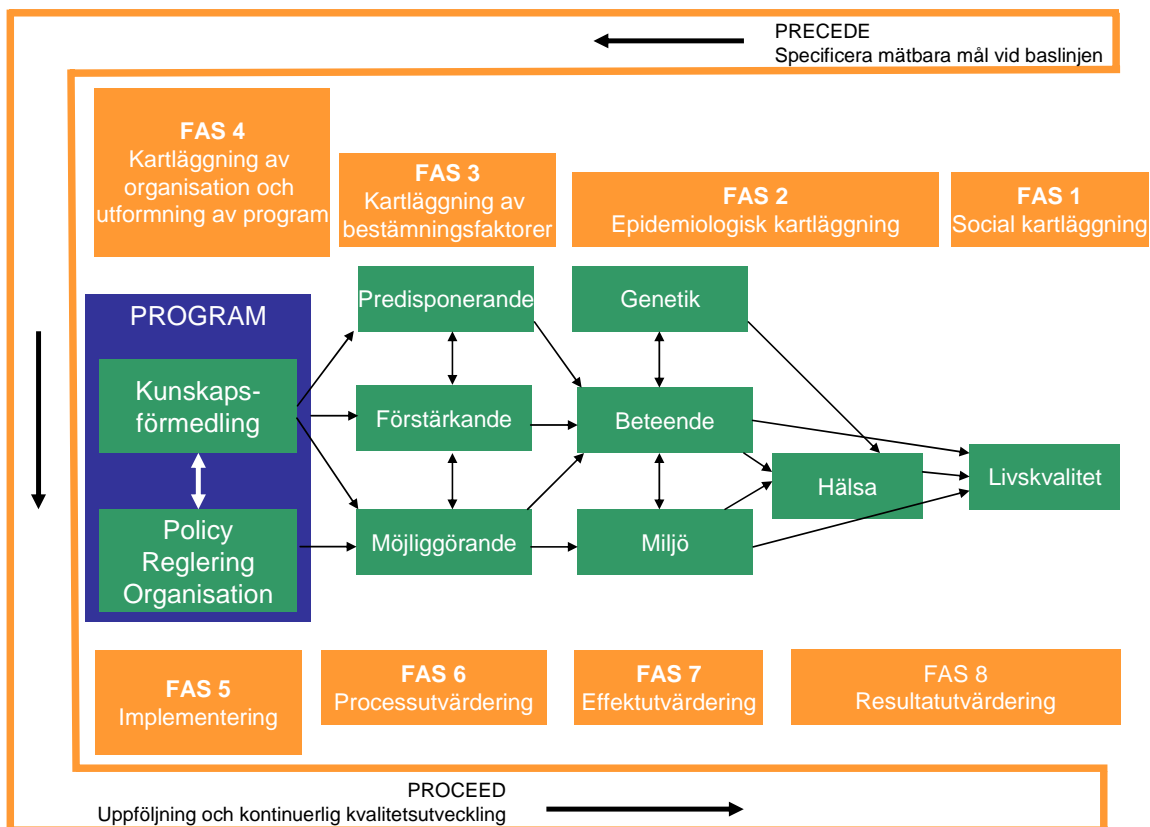
4.1.1 Om Österåkers kommun

Enligt Kommunala basfakta är andelen barn med utländsk bakgrund i Österåker kommun 18 % jämfört med 24 procent för riket. Andelen barn med utländsk bakgrund som finns i ekonomiskt utsatta hushåll är 13 % i Österåker jämfört med 29 % i riket. Andelen kvinnor med höga inkomster är i Österåker 18 % jämfört med 11 % i riket, motsvarande siffror för män är 41 % respektive 28 %. Enligt kommunens webbsida är medianinkomsten för sammanboende föräldrar med tre barn 527 tkr, jämfört med 459 tkr för hela riket. Samtidigt finns dock här, såsom i övriga samhället, sociala skillnader, t.ex. har 16 % av kvinnorna och 14 % av männen låga inkomster (låginkomstgränsen är enligt SCB, Inkomst- och taxeringsregistret, den sammanräknade inkomst under vilken 20 % av alla inkomsttagare i riket ligger), och 8 % av familjerna har sjuk- eller aktivitetsersättning.

Trots den relativt sett välmående befolkningen i Österåker har kommunen varit i ekonomisk kris under större delen av 2008-2009 med stora neddragningar som följd. Även skolorna har drabbats av dessa nedskärningar vilket har inneburit att interventionen, som personalmässigt utgör ett relativt stort åtagande för skolorna, sker inom existerande ekonomiska ramar.

4.2 Planeringen av projektet

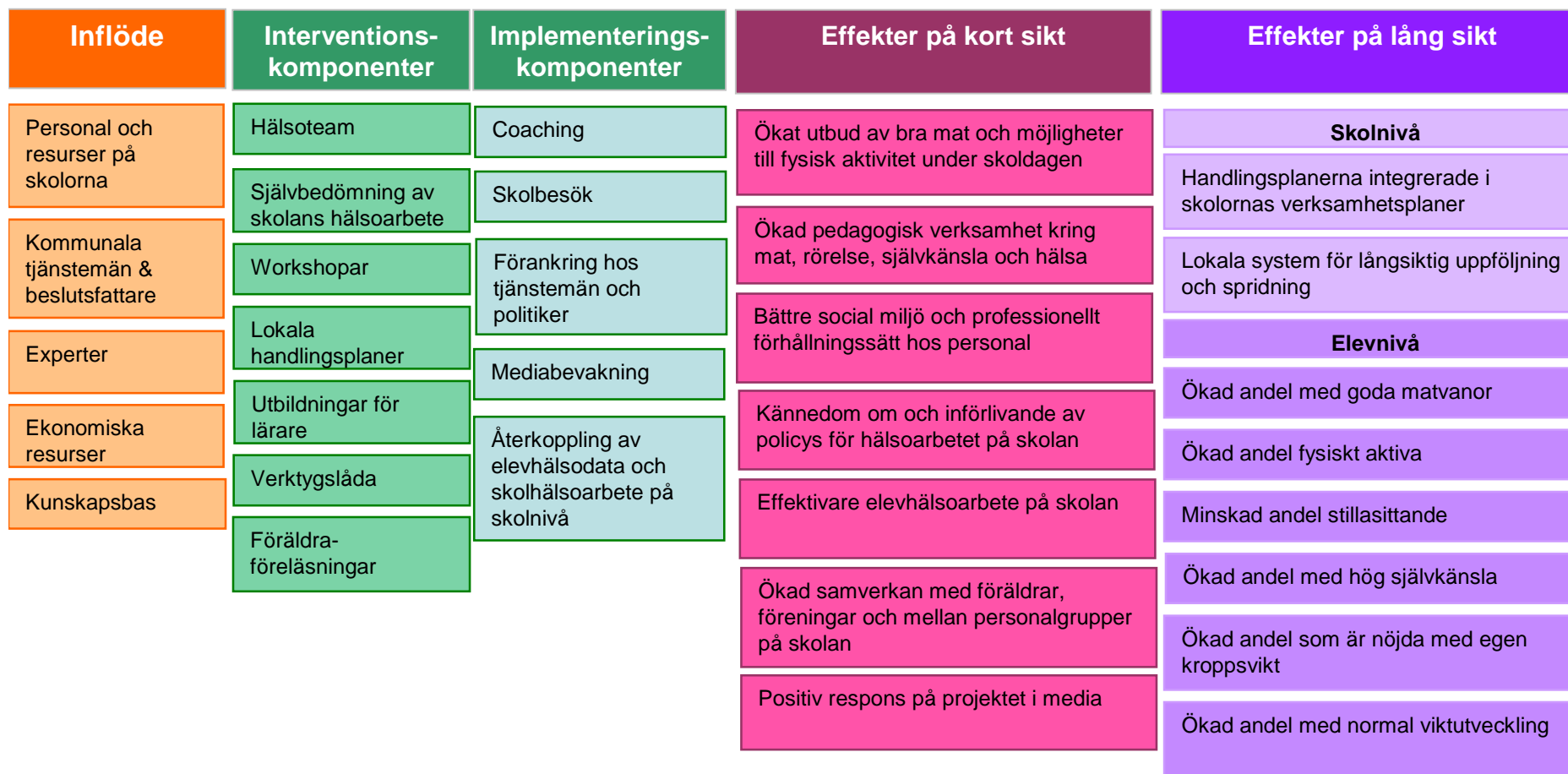
Utgångspunkten för planeringsarbetet var att programmet skulle vara uthålligt, dvs. fortleva efter projektets slut. Utmaningen var därför att skapa en långsiktig förändring på organisationsnivå, vilket kan uttryckas som att höja organisationens kapacitet för hälsofrågor ("capacity-building"), se avsnitt 3.2. Kapacitetsökningen kan bestå i en förbättrad organisation av elevhälsoarbetet på skolan, ökade kunskaper och färdigheter bland skolans personal som leder till bättre rutiner samt i miljöförändringar som underlättar goda matvanor och fysisk aktivitet. En ytterligare förutsättning för uthållighet är lokal anpassning. För att uppnå detta valdes en hög grad av deltagarstyrning, dvs. berörd skolpersonal formulerade egna handlingsplaner utifrån en självbedömning av skolans hälsoarbete. Planeringen av programmet skedde enligt Precede-Proceed modellen utvecklad av Green and Kreuter (70), Figur 1. Enligt denna modell sker planeringen i 8 steg eller faser enligt nedan.



Figur 1: Planeringsmodellen Precede-Proceed av Green och Kreuter.

4.2.1 Programteorin för projektet

En programteori utformades för att beskriva den hypotetiska orsakskedjan i interventionen (Fig 2). I figuren åskådliggörs inflödet av resurser (personal/ekonomiska), de aktiva momenten och de förväntade effekterna på kort och lång sikt. Interventionens aktiva moment kan delas in i interventions- och implementeringskomponenter. Fixsen (71) definierar interventionskomponenter som de insatser som når individer eller konsumenter, medan implementeringskomponenter som de insatser som görs för att inkorporera ett program på kommun eller organisationsnivå. I Österåkersprojektet har vi utgått från denna definition och interventionskomponenterna utgörs av de aktiviteter som skolorna själva genomför, medan implementeringskomponenterna är de insatser som genomförs av tredje part (projektgruppen på KI) för att stötta skolorna och kommunen att genomföra interventionen.



Figur 2. Österåkersprojektets programteori.

4.2.2 Beskrivning av projektplaneringens faser

Fas 1-2: Social och epidemiologisk kartläggning

Berörda tjänstemän inom kommunen hade själva gjort en bedömning av överviktsutvecklingen och dess konsekvenser (en del av denna process har beskrivits tidigare i kapitlet) och definierat mat- och rörelsevanor hos barn i skolåldern som ett prioriterat utvecklingsområde, varefter CFF kontaktades.

Fas 3: Kartläggning av bestämningsfaktorer

KI påbörjade arbetet med att studera bestämningsfaktorer (predisponerande, förstärkande och möjliggörande) för elevernas beteenden. Enligt social kognitiv teori (72) kan predisponerande faktorer beskrivas som barnets inneboende egenskaper såsom kunskaper, preferenser, attityder och uppfattningar. Förstärkande faktorer ligger främst i den sociala miljön såsom skolpersonalens och föräldrars attityder och förhållningssätt. Möjliggörande faktorer ligger i t. ex. tillgången på resurser, regler och lagar samt den fysiska miljön. Eftersom programmet syftar till att nå eleverna genom skolan behöver även bestämningsfaktorer för personalens beteenden kartläggas. Personalens beteende blir således en förstärkande faktor för barnens beteenden. Predisponerande faktorer för personalens beteende är deras kunskaper och förhållningssätt, förstärkande faktorer är rektors attityd och stöd till projektet, medan möjliggörande faktorer är skolans och kommunens policy, handlingsplaner och ekonomiska ramar.

Fas 4: Kartläggning av organisation och utformning av programmet

Utifrån en social och epidemiologisk bedömning, bestämningsfaktorerna för de olika målgrupperna, lokala observationer samt kunskapsbasen utformades ett program med följande mål och delmål.

Mål:

Att förbättra matvanor, fysisk aktivitet, självkänsla och tillfredsställelse med den egna kroppen hos barn 6-16 år och därigenom främja en normal viktutveckling.

Delmål:

1. Lokalt ägarskap och behovsanpassning.
2. Förändringar i den sociala och fysiska skolmiljön som främjar goda matvanor, fysisk aktivitet och ökar självkänslan.
3. Ökad kunskap om betydelsen av goda matvanor och fysisk aktivitet för hälsan bland elever, lärare och föräldrar.
4. Utvärderingen baseras på lokala data och resultatet återkopplas regelbundet, långtidsuppföljning är möjlig.

På elevnivå ska följande påverkas:

1. Andelen som äter frukost och lunch varje skoldag
2. Frukt och grönsakskonsumtion
3. Konsumtion av choklad, glass, godis, läsk och saft
4. Andelen föreningsaktiva barn
5. Andelen som motionerar på fritiden
6. Utomhusvistelse på vardagseftermiddag och helg
7. Användning av TV
8. Andelen med hög global självkänsla
9. Andelen elever som hoppar över måltider
10. Andelen elever som är nöjda med den egna kroppen
11. Andelen elever med normal viktutveckling

Interventionskomponenterna i projektet

1. Hälsoteam på varje skola
2. Självbedömningsverktyg för bedömning av skolans hälsoarbete
3. Workshopar för diskussion bland teamdeltagarna
4. Handlingsplaner där skolorna formulerar sitt hälsoarbete
5. Utbildningar i mat/näring, fysisk aktivitet och självkänsla/kroppsuppfattning
6. Verktygslåda med informationsmaterial och praktiska metoder inom områdena mat, fysisk aktivitet och psykisk hälsa.
7. Föreläsningar för föräldrar

Interventionskomponenterna beskrivs närmare i kap 5.

Fas 5: Implementering

Implementeringen av hälsoarbetet på skolorna består av att hälsoteamet får coachning av projektgruppen på Karolinska Institutet genom flertalet skolbesök samt via e-post, telefonsamtal och nyhetsbrev. Projektet har kontinuerligt förankrats på både politisk och tjänstemannanivå bl.a. genom presentationer vid sammanträden och genom styrgruppens sammansättning. Regelbundna kontakter har tagits med skolorna i form av observationer, rektorsmöten, workshops, utbildningar, administration av enkäter, m.m. Information om projektet har spridits till både lokalsamhället och övriga landet genom artiklar i Österåkers lokalpress och facktidskrifter, samt via Folkhälsoguiden (www.folkhalsoguiden.se). Resultat från elevhälsoenkäten har återkopplats vid besök till respektive skola.

Fas 6-8: Processutvärdering, effektutvärdering, resultatutvärdering

Processen på skolorna studeras utifrån dokumentation av teamens möten, bemanning, mandat, ekonomiska ramar samt genomförande och uppföljning av skolans hälsoarbete. Skolornas val av insatser, möjligheten att implementera dem och hur de är relaterade till skattningen i självbedömningen kommer att studeras med hjälp av dokumentanalyser samt intervjuer med hälsoteamen. I samband med detta kommer även upplevda hinder och möjligheter till hälsoarbete på skolan att undersökas. Jämförelseskolornas arbete studeras med hjälp av telefonintervjuer med rektorerna.

Effekterna av skolornas hälsofrämjande arbete på kort sikt studeras med hjälp av skolornas årliga skattningar av sitt eget arbete med hjälp av självbedömningen och genom en uppföljning av den egna handlingsplanen. Ett antal indikatorfrågor följs från baslinjen i augusti 2008 och jämförs med de uppföljande mätningarna i mars 2010, mars 2011 och mars 2012. Dessa data kompletteras med observationer, insamlade dokument, intervjuer med personalteamen samt enkäter till deltagarna i personalteamen.

Effekterna på elevnivå studeras i 3 kohorter med alla kommunens elever i årskurs 2, 4 och 7 läsåret 2008/09; totalt 1500 elever i interventions- och jämförelseskolor. Validerade hälsoenkäter skickades ut i april 2009 till alla elever innehållande frågor om matvanor, fysisk aktivitet, välbefinnande, självkänsla, tv-tittande, sömn, fritid samt aktivt samtycke från vårdnadshavare. Enkäten besvarades i hemmet med hjälp av vårdnadshavare. Data om barnens längd och vikt har inhämtats från skolhälsovårdens journaler. Undervikt, övervikt och fetma bedöms utifrån internationella gränsvärden (33, 73). En utökad självkänslamätning erbjöds årskurs 4 och 7 (läsåret 2008/09) i samtliga skolor i kommunen och genomfördes i september 2009 på två interventionsskolor och en jämförelseskola. Mätningen

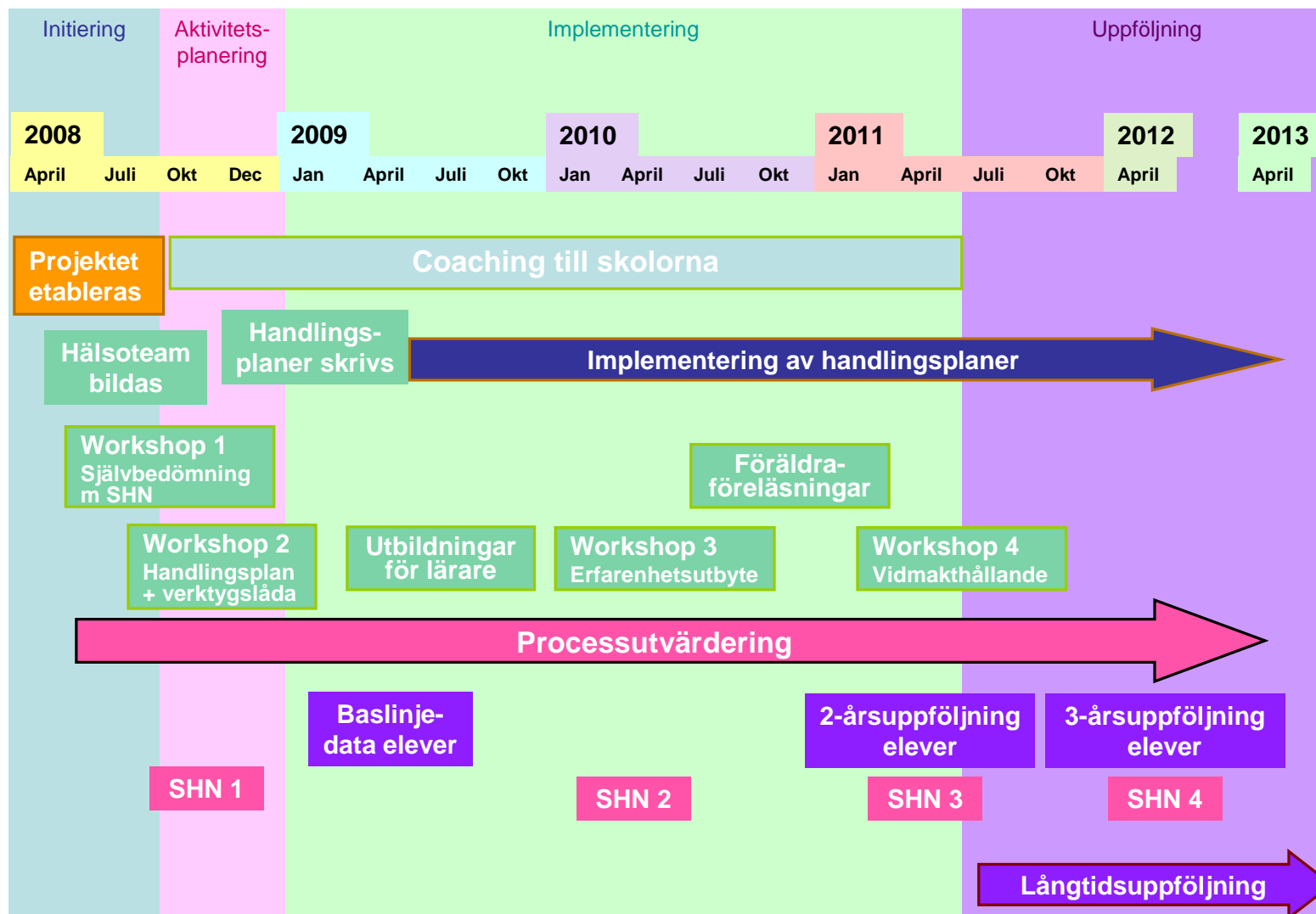
genomfördes med en validerad enkät kompletterad med frågor om kroppsuppfattning och viktkontrollbeteende. Alla 3 kohorter följs upp efter 2 år (våren 2011) och 3 år (våren 2012).

4.3 Organisation av projektet

En styrgrupp tillsattes bestående av representanter för barn- och ungdomsförvaltningen, produktionsförvaltningen, skolhälsovården och måltidsenheten i Österåkers kommun, samt projektgruppen från KI. I projektgruppen på KI finns kompetensområdena psykologi, folkhälsovetenskap, nutrition samt fysisk aktivitet representerade. Styrgruppen har haft 3-4 möten årligen, och projektgruppen i genomsnitt ett möte var sjätte vecka. Samtliga kommunens representanter i styrgruppen har under projektets gång ersatts av andra. Projektgruppens sammansättning har i stort varit densamma.

4.4 Tidsplan

Österåkersprojektet löper mellan april 2008 och april 2012, men fortsatta uppföljningar efter det eftersträvas. Tidsplanen för projektet kan delas upp i fyra faser; Initiering, Aktivitetsplanering, Implementering, och Uppföljning. Figur 3 visar tidsramen för projektets olika faser.



Figur 3. Österåkersprojektets tidsplan.

5. Interventionens komponenter

5.1 Hälsoteam

Före projektstarten uppmanades de deltagande skolorna att bilda ett hälsoteam bestående av en blandad personalgrupp med representanter från skolhälsovården, måltidsverksamheten, idrottslärare, fritidspersonal, ämnes- och klasslärare samt gärna representant från skolledningen. Dessa personalkategorier är alla på olika sätt involverade i skolans hälsoarbete, men har inte alltid samma målsättning för hälsoarbetet. Syftet var att öka samverkan på skolan och ge ett delat ägarskap för hälsofrågorna så att de inte skulle falla på en enstaka eldsjäl.

Samtliga skolor bildade ett hälsoteam, men sammansättningen av personalkategorier varierar, se Tabell 1. Den vanligaste personalgruppen representerad i hälsoteamen är idrottslärarna som finns med i samtliga team, därefter lärare och fritidspersonal som har funnits med i sex av de tio ursprungliga teamen. Rektorer finns med i sex av nio team och skolhälsovården i fem av nio team. Måltidspersonalen är mer sällan representerad och finns endast med i fyra av tio team. Hem- och konsumentkunskapslärare finns inte på alla skolor och är endast representerade i två av tio team.

Tabell 1. Hälsoteamets deltagare på de olika skolorna vid projektstarten augusti 2008.

| Skola | Representerade personalgrupper i hälsoteamen* | | | | | | | |
|-------|---|------------------------|------------------|---------------|----------------|-----------------------|------------|-------|
| | Rektor | Personal skolhälsovård | Måltids-personal | Idrottslärare | Lärare, övrigt | Personal i fritidshem | Lärare, HK | Total |
| A F-5 | | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | | 5 |
| B F-5 | | | | 1 | 5 | | | 5 |
| C F-5 | 1 | | | 1 | | 1 | | 3 |
| D F-5 | | 2 | | 1 | 1 | | | 4 |
| E F-5 | 1 | 1 | 1 | 2 | 4 | 1 | | 10 |
| F F-9 | 1 | | | 1 | 2 | 1 | | 5 |
| G F-9 | 1 | 2 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 6 |
| H F-3 | 1 | | | 3 | 2 | 2 | | 6 |
| I F-5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | | 8 |

*Vissa personer representerar två personalgrupper (t.ex. lärare, övrigt och personal fritidshem), därför är ibland det totala antalet personer i vissa fall lägre än antalet representerade personalgrupper.

Antal möten som teamen hade mellan september 2008 och juni 2009 varierade från 0-8 gånger. En av de mindre skolorna hade inte något möte alls, samma skola har ännu i september 2010 inte skrivit en handlingsplan för sitt hälsoarbete.

5.2 Skolhälsonyckeln (SHN)

Som ett led i att öka skolornas kapacitet för att bedriva hälsoarbete gentemot eleverna utvecklades ett verktyg för självbedömning inriktat på fyra områden; skolans övergripande hälsoarbete, maten i skolan, fysisk aktivitet i skolan samt arbetet med psykisk hälsa. Verktyget som idag kallas ”Skolhälsonyckeln” (SHN) spelar en mycket central roll i projektet då det bidrar till att utveckla

delaktighet och en samsyn på hälsofrågorna genom att svaren är teamets samlade bedömning och reflekterar hur de ser på situationen på skolan. Diskussionerna inom teamen har således ett värde i sig självt och är en central komponent i arbetet med Skolhälsonyckeln och utvecklingen av skolans handlingsplan.

5.2.1 Bakgrunden till Skolhälsonyckeln

Förebilden för Skolhälsonyckeln är School Health Index (SHI) som har utvecklats i USA av Center for Disease Control (CDC) år 2000 i samarbete med skolpersonal, skolhälsan, myndigheter och föräldrar (www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/introduction.htm). CDC har med hjälp av vetenskapligt understödda riktlinjer för skolhälsoprogram identifierat policier och rutiner som är mest effektiva för att förbättra hälsorelaterat beteende bland unga. Utgångspunkten för SHI är ett självbedömningsverktyg som syftar till att:

- hjälpa skolorna identifiera styrkor och svagheter i hälsoarbetet
- hjälpa skolorna utveckla handlingsplaner för sitt hälsoarbete
- hjälpa skolan att arbeta hälsofrämjande tillsammans med elever och föräldrar

Utveckling av frågorna

School Health Index översattes till svenska av Enheten för Folkhälsonutrition vid Karolinska Institutet i samarbete med bl.a. Frukt och Grönsaksfrämjandet, Korpen, ICA och Hjärt- Lungfonden 2003 och gavs namnet *Skolans Hälsoguide* och publicerades på NCF:s hemsida. Hälsoguiden hade ett invecklat poängsystem som enligt Österåkerprojektgruppens bedömning var för komplicerat att använda. Projektgruppen i samarbete med utbildningsförvaltningen, skolhälsovården och måltidsverksamheten i Österåker kommun anpassade sedan Hälsoguiden ytterligare till svenska skolförhållanden och kallade det för *Skolhälsonyckeln* (SHN) och förenklade poängsättningen väsentligt.

Skolhälsonyckeln består i sin nuvarande form av frågor inom fyra moduler: ”Övergripande hälsoarbete”, ”fysisk aktivitet”, ”psykisk hälsa” och ”skolmat”. För varje fråga om hur långt skolan har kommit med sitt hälsoarbete inom ett av de fyra områdena finns fyra svarsalternativ där varje alternativ ger antingen 0, 1, 2 eller 3 poäng. En typisk formulering av svaren är:

3 = ja, vi har gjort xxxx inom alla skolans områden

2 = ja, vi har gjort xxxx inom ett eller två områden

1 = nej, men vi har planer på att börja xxxx

0 = nej

När teamen besvarat frågorna i formuläret sammanställs poängen i en tabell för varje område vilket ger en bild av skolans styrkor och svagheter. Utifrån de svagheter som identifierats diskuterar teamen vilka åtgärder som behövs sättas in för att förbättra skolans hälsoarbete.

Skolhälsonyckelns användbarhet

Teamdeltagarna har som del av projektet medverkat i att utvärdera och revidera Skolhälsonyckeln. Vid den första användningen av verktyget (workshop 1) ombads de 47 deltagarna från de nio skolornas hälsoteam att fylla i en kort enkät och kommentera verktygets användbarhet och omfattning.

Tidsåtgången för teamet att använda verktyget var mellan 60-110 minuter vilket, trots att tidsåtgången varierade en del, ansågs av majoriteten vara lagom med tid.

Förståelse och relevans av frågorna

En majoritet av deltagarna ansåg att frågorna var lätta att förstå, dock gjordes en hel del specifika kommentarer om frågornas formuleringar. Den vanligast förekommande kommentaren var att frågorna inte var åldersanpassade, dvs. de tog inte hänsyn till att olika förhållanden råder på t.ex. en F-5 skola och en 6-9 skola. Rutinerna skiljer sig åt, t.ex. vistas inte yngre barn i närområdet utanför skolan, och frågan om skolans tillgång till närområdet är därför inte anpassad till den åldersgruppen. Det kommenterades också att svarsalternativen inte var ekvidistanta, dvs. att mängden åtgärder för att uppfylla en viss poäng, skiljde sig åt mellan de olika frågorna. Begreppen "kamratattityder" och "kroppsuppfattning" förstods inte. Vissa frågor var svåra att svara på om en personalkategori, t.ex. skolsköterska saknades. Många deltagare ansåg att frågorna var relevanta för alla i teamen, dock gjordes vissa kommentarer som t.ex. att fritidsgården vid en skola tillhör en annan förvaltning, och att vissa frågor därför inte kunde besvaras av teamet. Frågan om inomhusmiljöns utformning, ansågs inte relevant eftersom barnen aldrig är inomhus på rasterna. Vidare kommenterades att en del av skolorna inte har egna tillagningskök eller matsal och de då inte kan uttala sig om hur verksamheten utförs.

Nya insikter genom självbedömningen

Fyrtiotre av 47 deltagare ansåg att verktyget givit dem nya insikter. En vanlig kommentar i utvärderingen från workshoppen var att teamarbetet med Skolhälsonyckeln hade lett till en ökad tydlighet och helhetsbild om hälsoarbetet tack vare belysningen. Man blev också medveten om svagheter och styrkor i hälsoarbetet och deltagarna tyckte att det var positivt att de hann reflektera och skriva kommentarer till förbättringar. Värdet av att arbeta tillsammans togs upp av många; *"vi måste vara fler i gruppen för att få ett bredare perspektiv", "nya frågeställningar kom fram och hur man kan arbeta med hälsa utifrån andra frågeställningar", "få struktur på hälsoarbetet i hela arbetslaget", "gemensam inspiration", "bra att lyfta dessa frågor tillsammans så att vi belyser dem", "bra diskussioner, känner att vi är en grupp"*.

Utvecklingsområden identifierades; *"vi upptäckte nog en del brister, som vi inte visste att vi hade", "tydliggjorde VAR man bör lägga fokus", "vi ser vad som behöver förbättras", "gav oss insikter om vad vi behöver arbeta med för att vi skall förbättras"*.

Värdet av målformuleringar och skriftlig dokumentation av arbetet togs också upp; *"att vi saknar målskrivning om mat, hälsa, rörelse", "att strukturera arbetet så att det inte blir små öar utan involverar hela skolan - och finns nedskrivet", "lättare att hitta fokus för skolan kring hälsofrågor"*. Man insåg också att man faktiskt gjorde mycket men att det inte fanns dokumenterat; *"vi gör mycket men har inte alltid skrivit ner eller diskuterat dessa frågor i grupp"*.

Specifika ämnesområden identifierades såsom att ett team bestämde sig för att ta bort kaféverksamheten, ett annat att skolan behövde bilda en ansvarsgrupp för fysisk aktivitet. Ett team funderade på att börja servera frukost på skolan. Andra områden var den psykiska hälsan, där ett team ville ta fram idéer och uppslag till temadagar. Genom att en fråga om kommunens kostpolicy inkluderats i Skolhälsonyckeln blev teamen informerade om att det fanns en sådan, vilket man noterade som något positivt.

Frågor man saknade var sådana om aspekter på psykisk hälsa, stress och sömn och hur det jobbas med dessa problem. Fritidsverksamheten nämndes som ett område som kunde ha uppmärksamats mer; *"att utöka fritidstiden efter skolår 3 - något för kommunen att arbeta med"*. Formerna för samarbete

med föräldrarna togs ofta upp samt behovet av föräldrainsformation. Frågor som föranledde mycket diskussion inom teamen var den om hälsosamtalen med eleverna, samt om hälsosamtalens användning. Andra livligt diskuterade frågor var de om tillgång till anläggningar för fysisk aktivitet utanför skoltid, spridning av kostpolicy inom skolan, mellanmål på fritids och mat och miljö. Begrepp som "förankrat" och "gemensamt" och hur "tydligt/aktivt medvetet" saker sker, samt frågan om tillgång till kurator/psykolog väckte också diskussion.

Samtliga 47 deltagare i utvärderingen ansåg att frågorna i Skolhälsonyckeln givit ökat engagemang för att fortsätta hälsoarbetet på skolan. Många kommentarer gjordes om att frågorna ökat deras medvetande om hälsa, att de kommit till insikt om vad som behövde förbättras och att bilden blivit tydligare. Man insåg också klart fördelarna med att diskutera i grupp.

5.2.2 Revidering av Skolhälsonyckeln

Skolhälsonyckeln reviderades med beaktande av synpunkterna från deltagarna vid workshopen i samråd med projektgruppen och skolhälsovården i Österåker. Förändringarna tog sig uttryck i ändringar (av olika grader) i formuleringen av frågorna, borttagande av frågor samt tillägg av nya frågor. Särskilt lades nya frågor till i modulen om psykisk hälsa. En sammanställning av ändringarna i Skolhälsonyckeln (SHN) visas i tabell 2. Målsättningen för revideringen var att verktyget skulle vara så intakt som möjligt för att kunna följa skolornas hälsoarbete över tid. Om man slår ihop värdena för Ingen förändring och Mindre förändring ser man att majoriteten av frågorna är snarlika i SHN 2008 och SHN 2010 (Tabell 2).

Tabell 2: Förändring av SHN 2008 till SHN 2010.

| Modul | SHN | SHN | Förändring i formulering av frågor | | | | |
|---|-----------|-----------|------------------------------------|-------------------|-------------------------------------|-----------------|----------|
| | 2008 | 2010 | Ingen förändring | Mindre förändring | Större förändring | Borttagen fråga | Ny fråga |
| Skolans övergripande hälsoarbete | 9 | 8 | 4 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Fysisk aktivitet | 13 | 13 | 8 | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Psykisk hälsa | 9 | 13 | 4 | 3 | 5 (2 frågor hopslagna till 1 fråga) | 1 | 4 |
| Skolmat | 16 | 14 | 5 | 7 | | 4 | 2 |
| Totalt | 47 | 48 | 21 | 16 | 2 | 7 | 8 |

5.3 Workshopar

Tre workshopar ägde rum mellan augusti 2008 - mars 2010, och en fjärde planeras till våren 2011. Vid den första workshopen gavs en kortare introduktion till Skolhälsonyckeln och de fyra modulerna och därefter arbetade teamen var för sig med sin självbedömning. Under tiden fram till den andra workshopen uppmanades teamen att formulera mål för de förändringar som de ville att skolan skulle genomföra. Vid den andra workshopen presenterades verktyg och metoder som kunde användas av

teamen och den övriga skolpersonalen i det hälsofrämjande arbetet. Teamen uppmanades också att göra en tidsplanering för uppgifterna, som skulle mynna ut i en handlingsplan för det kommande arbetet. I samband med de två första workshoparna gjordes det tydligt att det var viktigt att projektet förankrades inom hela skolan så att alla i personalstyrkan och eleverna skulle vara införstådda med det kommande hälsoarbetet. För att underlätta förankringen fick teamen en handout med förankringstips att använda gentemot kollegor, elever och föräldrar (se Figur 4).

Kollegor

Ge en bakgrund och se till att alla kollegor är medvetna om projektet:

- vilka som står bakom (CFF)
- att kommunen beställt jobbet
- hur länge projektet pågår
- CFF:s roll och ansvar
- kommunens och skolans roll och ansvar
- att vi varit där och gjort en första kartläggning
- vilka som ingår i teamet
- teamets roll och ansvar
- att det varit en workshop och att det ska vara en till
- att handlingsplan ska skrivas
- att verktyg / metoder ska väljas

Gå igenom och redovisa de svar som teamet har givit i Skolhälsonyckeln.

Hör efter om de andra är av annan åsikt, och diskutera sedan igenom svaren för att nå konsensus.

Diskutera allas roller och ansvar i projektet, för att nå delaktighet.

Eleverna

I stora drag (beroende på årskurs) berätta att skolan och de som elever är med i ett förändringsarbete.

Diskutera med elevrådet utifrån utvalda frågor i Skolhälsonyckeln.

Föräldrarna

Information till föräldrarna om att kommunen i samarbete med Stockholms läns landsting genomför ett projekt vars syfte är att få en hälsosammare skola.

Figur 4. Förankringstips för det hälsofrämjande arbetet.

Vid den tredje workshopen i mars 2010 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. 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 workshopen tyckte deltagarna att detta arbetsätt med diskussioner i mindre grupper var mycket bra och att det var givande att utbyta erfarenheter och idéer. Workshopen tjänade också till att öka motivationen och deltagarna uttryckte att de blivit mer medvetna om allt bra de gjort och åstadkommit.

5.4 Handlingsplaner

Vid den andra workshopen i september 2008 började teamen formulera handlingsplaner för sitt hälsoarbete. Skolorna fick instruktioner att utveckla ”SMARTa” mål, dvs. Specifika, Mätbara, Accepterade, Realistiska och Tidsplanerade. Handlingsplanerna skulle ta sin utgångspunkt från teamdeltagarnas självbedömning av styrkor och svagheter. Handlingsplanen skulle därefter stämmas av med hela personalgruppen och sedan skickas in till projektgruppen under höstterminen. Åtta av de nio skolorna har till dags datum inkommit med en handlingsplan. Projektgruppen gav feedback och förslag på tillägg och förtydliganden på den första versionen av handlingsplanen och nya versioner inkom under vintern/våren 2009.

De åtta inkomna handlingsplanerna innehåller samtliga någon form av mål kring mat, sju skolor har inkluderat insatser för att främja fysisk aktivitet på skolan, och sex skolor har formulerat mål för arbetet kring psykisk hälsa. Fem av de åtta handlingsplanerna har mål och insatser på alla tre områdena mat, rörelse och psykisk hälsa. En analys av handlingsplanerna och hur innehållet speglar utfallet av självbedömningen kommer att presenteras i slutrapporten.

5.5 Utbildningar

Under våren 2009 bjöds all personal på skolorna in till tre utbildningstillfällen på eftermiddagar. Det första tillfället behandlade maten i skolan, med inslag kring allt från matens betydelse för näringsintag och fysisk hälsa till pedagogiska aspekter på skolmaten och vuxnas förhållningssätt. Totalt kom fyrtionio personer från skolpersonalen och de var över lag nöjda med utbildningen. En deltagare hade gärna sett ekonomiska konsekvenser av och hur man hanterar ökade kostnader för t.ex. gratis fruktservering på skolan.

Det andra utbildningstillfället hade fokus på fysisk aktivitet med beskrivning av betydelsen av fysisk aktivitet för hälsa och inlärning och praktiska exempel på hur skolan kan främja fysisk aktivitet med stort fokus på utepedagogik. Fyrtiotre personer från skolpersonalen deltog och de flesta var nöjda, framförallt med den mer praktiska delen med tips och material som många efterfrågade mer av. 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 på en eftermiddag. Utvärderingarna visade också på att många ville ha mer konkreta arbetssätt och metoder att använda i skolan för att främja elevernas självkänsla. Som en respons på detta formulerades ett stödbladd som kompletterade utbildningen med konkreta områden att arbeta med i skolan (Bilaga 1).

Under hösten 2009 anordnades en särskild 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 verklighetsstudier i skogen, samt läromedel och idémateriel. Intrycken från utbildningsdagen var att den varit givande men inte tillfört något riktigt nytt avseende utepedagogik.

5.6 Verktyglåda

En förteckning sammanställdes för att ge förslag över material och metoder för att främja matvanor och fysisk aktivitet i skolan. Denna används hittills endast i mycket liten utsträckning av skolorna som samtidigt efterfrågar bra material och metoder. Verktyglådan innehåller:

- 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 Verktyglåda, (kommunerna i Örebro län, Örebro läns Idrottsförbund, Folk tandvården och Samhällsmedicinska enheten vid Örebro läns landsting)
- Hitta stilen (Arvsfonden)
- Everybody’s different – en metod för att stärka eleverns självkänsla (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 diverse källor)
- Informationsmaterial (broschyrer och faktablad från olika källor)

5.7 Föräldraföreläsningar

Under hösten 2010 planerar samtliga skolor att bjuda in föräldrarna till föreläsningar rörande mat, rörelse och psykisk hälsa. Dessa kommer att ske på kvällstid under medverkan av projektgruppen och i samband med detta kommer skolledning och måltidspersonalen att berätta om sitt hälsoarbete och skriftligt material delas ut.

6. Diskussion

Skolan är en viktig arena för hälsofrämjande arbete, vilket lyfts i en rad nationella och internationella dokument och policies. Svenska skolor, med schemalagd fysisk aktivitet, gratis skolluncher och relativt trygga utemiljöer, erbjuder generellt en hälsofrämjande miljö för sina elever. Den snabba överviktsutvecklingen bland barn och ungdomar, särskilt i socioekonomiskt svaga familjer har gjort att skolan blivit en ännu viktigare arena för att minska sociala skillnader i hälsa.

Syftet med Österåkersprojektet är att undersöka huruvida en ansats som inkluderar främjandet av såväl goda matvanor och fysisk aktivitet som självkänsla och tillfredsställelse med den egna kroppen hos barn 6-16 år, kan bidra till att främja en normal viktutveckling. Önskemålet från Österåkers kommun om en serie personalutbildningar om överviktsrelaterade frågor och den beredskap som fanns inom kommunen för att arbeta med dessa frågor har gjort att goda förutsättningar funnits för att bedriva en mer omfattande intervention i denna kommun.

Ett antal interventionskomponenter har använts i projektet och beskrivits i kapitel 5. Österåkersprojektet bygger på den senaste forskningen kring effektiva interventioner för att främja hälsosamma levnadsvanor i skolan och kunskaper om hur förändringsarbete bäst kan utvecklas och vidmakthållas. Projektet är nu halvvägs i sitt genomförande och erfarenheterna hittills med några av komponenterna diskuteras närmare här.

6.1 Hälso teamen

Alla skolor i projektet har bildat ett hälso team. I samtliga hälso team ingår idrottslärare och i sex av de nio teamen ingår rektor. I tre av hälso teamen ingår således ingen rektor. I en rapport från Karolinska Institutet om rektorernas betydelse för skolans arbete med fysisk aktivitet och goda matvanor, dras slutsatsen att rektorers inställning och attityder har en betydande effekt på det hälsofrämjande arbetet (26). Bland annat såg man att rektorernas inställning har betydelse för i vilken utsträckning eleverna exponeras för ohälsosamma livsmedel i skolan och att rektorernas attityder har betydelse för om eleverna uppnår målet om 30 minuter rörelse per dag. Kvinnliga rektorer ansåg i högre utsträckning än manliga rektorer att båda målen om fysisk aktivitet och goda matvanor var viktiga. I processutvärderingar som gjorts av School Health Index i USA visas att rektorernas medverkan i teamen är av väsentlig betydelse för hälso teamets arbete (74). Ett gott ledarskap för organisationen kopplat med ett engagemang för hälsofrågor är således av avgörande betydelse för en positiv utveckling av skolans hälsoarbete.

Av Österåkersprojektets nio hälso team saknar åtta medverkan av en lärare i ämnet Hem- och konsumentkunskap (en av dessa åtta skolor är en F-3 skola där ämnet inte ingår i undervisningen). Representanter för måltidspersonalen finns endast i fyra av de nio hälso teamen. Rapporten om rektorernas betydelse för hälsoarbetet (26) visar att skolorna förefaller satsa mer tid och resurser på att främja målområdet fysisk aktivitet jämfört med målområdet goda matvanor. Trots den större representationen av idrottslärare i hälso teamen och avsaknaden av representanter för måltidsverksamheten har åtta av skolorna formulerat något mål kring mat och sju har inkluderat insatser för att främja fysisk aktivitet.

6.2 Skolhälsonyckeln

Skolhälsonyckeln har en central roll i interventionen i att skapa delaktighet och lokal anpassning. Den svenska Skolhälsonyckeln utvecklades med utgångspunkt från det amerikanska School Health Index (SHI) (75) och anpassades till förhållanden på svenska skolor. Den amerikanska förlagan består av åtta moduler, det svenska SHN av fyra. Frågor rörande bl.a. hälsofrämjande åtgärder för personal, samt familj och omliggande samhälle har tagits bort i den svenska versionen för att göra självbedömningsverktyget mer lätthanterligt. Betydelsen av familjen i det hälsofrämjande arbetet på skolan adresseras i Österåkersprojektet bl.a. genom insatser såsom föräldraträffar med föreläsningar och diskussion. Eftersom fokus i projektet ligger på skolmat, rörelse och självkänsla har frågor kring alkohol, droger och tobak tagits bort. Dessa områden är och har varit föremål för många insatser i svenska skolor, som dessutom har erhållit nationellt stöd; vidare information finns bl.a. på Statens folkhälsoinstituts hemsida. I SHN beräknas en poängsumma för varje av de fyra modulerna istället för att ett totalindex beräknas på ett ganska komplicerat sätt för varje skola, som i det amerikanska verktyget. Förhållandet mellan hälsoteamets poängbedömning till den maximala summan som kan uppnås i SHN inom varje modul ger på ett enkelt sätt information om styrkor och svagheter i skolans hälsoarbete.

I samband med utvecklingen av det svenska verktyget, har såsom beskrivet i kap 5, flera olika kompetenser bidragit till verktygets innehåll, från tjänstemän inom utbildning och kostchef till rektorer, skolhälsovård och pedagoger. Detta ökar sannolikheten för att verktyget fångar svenskt skolhälsoarbete på ett bra sätt. Vissa områden har ändrats vad gäller omfattning och innehåll. Ett exempel är området skolmat där svenska skolor ligger långt framme med gratis skolluncher och en gedigen kostkompetens i många kommuner.

SHN är ett levande verktyg som kan uppdateras vid behov, dock bör allt för stora förändringar undvikas så att verktyget kan användas för att följa en skolas utveckling över tid. Bland skolpersonalens kommentarer om verktyget förekom flera om behovet av åldersanpassade frågor. Den amerikanska förlagan förekommer i två versioner, en för låg- och mellanstadiet och en för högstadiet/gymnasium (76), en sådan åldersanpassning kan bli en del av utvecklingsarbetet för SHN. SHN har i sin nuvarande form använts som en av flera interventionskomponenter i Österåkersprojektet. Det är vår bedömning så här långt att användningen av SHN kan vara en bra metod att påbörja ett förändringsarbete, men att användningen i sig självt inte räcker för att åstadkomma förändringar i skolans hälsoarbete. Härtill behövs omfattande stöd och coachning.

Verktyget utgör också en del i utvärderingen då det används för att följa utvecklingen av skolornas hälsoarbete över tid. Liknande verktyg används på samma sätt av grupper i Australien (77) och Kanada (78). När det gäller validiteten i dessa mått gäller samma begränsningar som för andra självbedömningar, dvs. de är inte objektiva. I och med att poängsättningen vilar på en samlad bedömning från hälsoteamet undviks dock allt för subjektivt önsketänkande. Dessutom borde incitamentet för att skolan ska svara ärligt vara högt då rektor/skolpersonal redan etablerat att skolan vill påbörja ett förändringsarbete. Inom skolans värld är självbedömning det vanligaste sättet att utvärdera verksamheten i kombination med regelbunden inspektion från ansvarig myndighet. Framtida studier skulle kunna undersöka verktygets reliabilitet och validitet genom samma metoder som Skolinspektionen använder, dvs. genom observationer och att ta del av relevant dokumentation.

Ett viktigt syfte med SHN är att synliggöra starka och svaga områden i skolans hälsoarbete. Bilden av läget för skolans hälsoarbete blir utgångspunkten för hälsoteamens diskussioner och hjälper dem att utforma en handlingsplan. Som hälsoteamens kommentarer om SHN visar, bidrar verktyget också till att medvetandegöra personalen om vad skolans hälsoarbete skulle kunna innefatta och ger personalen nya insikter på området och kring sin egen roll. Kommentarer visar också att verktyget fått dem att inse hur mycket de faktiskt gör men att detta inte funnits dokumenterat eller diskuterats i grupp.

Den amerikanska förlagan till SHN har funnits sedan år 2000 och blivit föremål för flera processutvärderingar. Genomgående i utvärderingarna betonas att externt stöd är avgörande för teamens arbete med att besvara SHI (74, 76, 79, 80). Det bör påpekas att användningen och poängberäkningen av det amerikanska verktyget är betydligt mer omfattande och komplext än det verktyg projektgruppen utvecklat i samarbete med Österåker kommun och använt i Österåkersprojektet. Austin et al delade in de amerikanska undersökta skolorna utifrån graden av externt processtöd de fått; lågt stöd, mellanstort stöd samt högt stöd (79). Personalen i skolor med lågt stöd tenderade att inte följa instruktionerna till självbedömningsverktyget. I en skola skickades verktyget ut till personalen för att fyllas i individuellt av dem istället för av det samlade teamet. I en annan skola diskuterade teamledaren frågorna individuellt med teammedlemmarna, och räknade ut ett medelvärde på svaren. Skolorna som fick mellanstort stöd fyllde i alla modulerna i verktyget vid ett enda långt möte lett av en extern stödperson, varpå teamet träffades en gång i månaden utan stödpersonen för att diskutera handlingsplanen. Skolorna som fick högt stöd fyllde i tre moduler vid flera möten ledda av stödpersonen och teamen fortsatte att träffas varje månad med stödpersonen för att arbeta på handlingsplanen. I Österåkersprojektet har antalet möten som teamen haft varierat. Vilken effekt antalet möten har på implementeringen av mål och insatser är ännu inte känt men kommer att bli föremål för analys i slutrapporten.

Stödpersonen i skolorna med mellanstort och högt stöd i Austin-studien fyllde funktionen av att motivera teamet, hålla fokus på frågorna, hjälpa till med att nå konsensus och att implementera de identifierade insatserna. Vidare bidrog stödpersonen med att mobilisera stöd från skolans administration för att teamen skulle få träffas, samt att verka för uthållighet i teamarbetet bl.a. genom att fokusera på genomförbara uppgifter. Skolor som hade tillgång till externt stöd kunde ta sig an mer komplexa uppgifter med större grad av samarbete över hela skolan och det lokala samhället för att uppnå sina mål. Staten et al (80) konstaterade genom djupintervjuer bl.a. att självbedömningsverktyget underlättade för teamen att identifiera förändringar som inte är resurskrävande och att lyfta hälsofrågorna på skolan. Den externa stödpersonen var nödvändig för att behålla arbetet med SHI och handlingsplanen på skoladministrationens dagordning. Brist på expertstöd sågs på som ett av flera hinder för implementering av insatserna. Andra hinder var hög personalomsättning och brist på tid och resurser.

6.3 Övriga interventionskomponenter

Tre workshoppar har utförts som del av projektet då alla teamdeltagare har beretts tillfälle att träffa varandra. Fokus för den tredje workshoppen var just att skapa ett forum för dialog skolorna emellan med erfarenhetsutbyte och spridning av goda exempel. Att diskutera möjligheter och hinder uppskattades av teamen och många positiva kommentarer gjordes i utvärderingen såsom beskrivet i kap 5.

Åtta av de nio skolorna har hittills lämnat in handlingsplaner. Handlingsplanerna har lämnats in över en längre tid, vilket är ett uttryck för den prioritering skolorna har kunnat ge arbetet med att formulera mål och insatser baserade på sin självbedömning. Feedback från projektgruppen har lett till att revideringar har gjorts. En analys av handlingsplanerna och hur innehållet speglar utfallet av självbedömningen kommer att presenteras i slutrapporten kring projektet.

Erfarenheterna med den första verktyglådan, som bestod av en skrift med information om relevanta material och metoder, var att den inte användes i någon större utsträckning av skolorna. Skolorna fick därför en mer handgriplig variant av verktyglåda där de beskrivna materialen kopierades upp och lades i en låda som distribuerades till varje skola. Frågor om hur mycket skolorna använt verktyglådan ställdes när representanter för projektgruppen besökte skolorna i början av 2010. Det sammantagna intrycket då var att skolorna var dåligt insatta i innehållet i verktyglådan, kanske pga. att den inte spridits vidare inom skolan, eller att teamdeltagarna hade tagit del av den och bestämt sig för att inte använda sig av innehållet. Det framkom också vid skolbesöken att pedagogerna gärna tog fram eget undervisningsmaterial, t.ex. har en skola tagit fram ett "Grönt kort" där eleverna noterar och tävlar i grönsaksätande, en annan skola ett ark med text om enkla utomhuslekar på skolgården.

6.4 Betydelsen av coaching och support

Trots att skolorna utformat egna, anpassade handlingsplaner är implementeringen av dem krävande för många. Handlingsplanerna visar på en stor ambition som kanske ibland är svår att leva upp till inom den tidsram som satts. Inga extra ekonomiska resurser har avsatts för genomförandet på skolan. De vanligaste kommentarerna hittills har rört brist på tid och möjlighet att samla hälsoteamet regelbundet. Eldsjälar lägger mycket av arbetet med handlingsplanen delvis utanför arbetstid och bristen på ekonomiska medel har lyfts fram som ett hinder. Hälsoteamen har dock fått material och utbildningar gratis. Utvärderingen kommer att visa om skolorna själva har satsat en budget på andra utgifter som t.ex. material och entreprenörer för att ändra på skolgården eller pengar till frukt på lektionstid. Dessa frågor kommer även att tas upp i fokusgruppsintervjuer med skolpersonalen.

Erfarenheterna med SHI i USA visar på ett stort behov av någon form av externt stöd för hälsoteamen på skolorna. Detta är naturligtvis en resursfråga. Utbildning är något skolorna återkommer med önskemål kring. En jämn och hög kunskapsnivå i personalgruppen kring hälsofrågor har upplevts som en viktig förutsättning inför formulering av gemensamma mål och förhållningssätt. Betydelsen av externa experter har också lyfts fram då det ibland kan vara svårt att förmedla information till och "undervisa" de egna kollegorna. Ytterligare utbildning till skolorna planeras av projektgruppen genom föreläsningar om mat, rörelse och självkänsla till all intresserad skolpersonal.

Att regelbundet ge teamdeltagarna återkoppling på data som samlats in har varit en viktig del av coachingen. Vid skolbesöken i början av 2010 fick teamen på varje skola ta del av resultaten från den hälsoenkät som eleverna i årskurs 2, 4 och 7 fyllt i året innan. Det faktum att resultaten var specifika för den egna skolan hade ett värde i sig självt och informationen väckte stort intresse. Resultaten utgjorde också ett värdefullt underlag utifrån vilket projektledningen kunde diskutera de planerade hälsoinsatserna med hälsoteamen. Spridningen av elevhälsoresultaten inom skolan har utgjort ett tillfälle för hälsoteamen att påminna övrig skolpersonal om projektet och därmed öka motivationen för implementeringen av mål och insatser i handlingsplanen. En återkoppling från projektet har också skett genom att resultaten från SHN har förmedlats till skolteamen. Vid den tredje workshopen fick

teamen ta del av förändringen i poängsättningen till frågorna i den första genomgången av SHN jämfört med den i den andra omgången.

6.5 Incitament för skolans hälsoarbete

Flera rektorer på de deltagande skolorna är involverade och engagerade i projektet, ändå upplever en del skolpersonal att hälsa inte alltid kan prioriteras tillräckligt högt. Skolan har som mål att utbilda och Österåkers kommun liksom många andra kommuner har skärpt kraven på resultat inom rena kunskapsämnen, vilket lett till att skolorna lagt extra tid på att säkra kvaliteten i undervisningen. Att hälsa är en viktig förutsättning för lärande är de flesta medvetna om, men för att kunna ge högre prioritet åt hälsofrågorna behövs starkare och tydligare evidens kring detta samband. Forskning på området pågår och resultaten bör kommuniceras i användbar form till rektorer och lärare. På många skolor är det så att hälsoarbetet av många fortfarande ses som ett arbete främst för skolhälsovården, som enligt skollagen också har det formella ansvaret. Härutöver deltar skolans övriga personal i hälsoarbetet i mån av intresse och engagemang för hälsofrågor. På detta område behöver skolpersonalen mera kunskap om vilka möjligheter det finns att integrera hälsofrågor i övrig undervisning.

En annan viktig frågeställning är var ansvarsgränsen går mellan skolan och föräldrarna vad gäller elevernas hälsa. Skolan vill inte ge intrycket av att lyfta bort ansvaret från föräldrarna, utan önskar att hälsoarbetet sker i ett samarbete. Många skolor vägrar att servera frukost trots evidens för att just denna måltid är viktig för barns koncentrationsförmåga, därför att de inte vill lyfta bort ansvaret från föräldrarna.

6.6 Kapacitet och ägarskap

Kapacitet i en organisation används ofta för att beskriva förmågan och motivationen att identifiera, prioritera, planera, implementera, utvärdera och bibehålla ett förändringsarbete (53). Interventionskomponenterna syftar till att ge skolorna verktyg för detta. Utvärderingen av projektet kommer att analysera huruvida detta har fungerat i praktiken. Ett projekt med hög deltagarstyrning ställer på sätt och vis högre krav på målgruppen än ett manualbaserat program. Skolorna förväntas bära ansvaret för förändringsarbetets alla faser. Detta kan uppfattas både som stimulerande men i vissa fall också betungande då man förväntat sig mer expertstyrning. Att coacha handlar om att hjälpa skolorna fram till sina egna lösningar utan att styra och ta fram färdiga alternativ. Samtidigt krävs lyhördhet för skolornas behov av färdiga lösningar. Förhoppningen är att skolorna kan stötts till att själva hitta lösningar på hinder och problem. Halvvägs in i projektet driver nu alla skolorna sina egna projekt med egna målsättningar och tidsplaner. Bredden i skolornas insatser är stor och de har identifierat och utvecklat en stor kompetens i hälsoarbetet. Att de själva äger kunskapen, erfarenheterna och förändringsarbetet är goda förutsättningar i projektets nästa fas; arbetet för vidmakthållande.

Referenser

1. Statens folkhälsoinstitut. Den nya folkhälsopolitiken. Nationella mål för folkhälsan. 2003.
2. Council of the European Union. Equity and Health in All Policies: Solidarity in Health. Bryssel 2010.
3. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport 2009. Västerås 2009.
4. Statens folkhälsoinstitut. Nationella folkhälsoenkäten. 2009.
5. Sallis J, Owen N, Fisher E. Ecological models of health behaviour. In Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. Health Behaviour and Health Education. 4 ed: San Fransisco: Jossey-Bass; 2008.
6. de Silva-Sanigorski AM, Economos C. Evidence of multi-setting approaches for obesity prevention: translation to best practice. In: Waters E, Swinburn B, Seidell J, Uauy R, Preventing Childhood Obesity. Evidence, policy and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
7. Uauy R, Caleyachetty R, Swinburn B. Childhood obesity prevention overview. In: Waters E, Swinburn B, Seidell J, Uauy R, Preventing Childhood Obesity. Evidence, policy and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
8. Fraser M, Richman J, Galinsky M, Day S. Intervention Research. Developing Social Programs. Oxford: Oxford University Press; 2009.
9. Lilly Eriksson, Sofia Ljungdahl, Sven Bremberg. Psykiska problem försämrar skolresultat: Statens folkhälsoinstitut 2009.
10. Ogden T. Skolans mål och möjligheter. Stockholm 2005.
11. Healy K. Linking children's health and education. Progress and challenges London: Kings Fund 2004.
12. Junger M, van Kampen M. Cognitive ability and self-control in relation to dietary habits, physical activity and bodyweight in adolescents. Int J Behav Nutr Phys Act. 2010;7:22.
13. Institut for Human Ernaering. Kostens betydning for laering og adfaerd hos børn. En gennemgang af den videnskabelige litteratur. Det Biovidenskabelige Fakultet. Københavns universitet. København 2009.
14. Bailey R. Physical education and sport in schools: a review of benefits and outcomes. J Sch Health. 2006 Oct;76(8):397-401.
15. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008.
16. Coe DP, Pivarnik JM, Womack CJ, Reeves MJ, Malina RM. Effect of physical education and activity levels on academic achievement in children. Med Sci Sports Exerc. 2006 Aug;38(8):1515-9.
17. Centers for Disease Control. The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance. 2010; Available from: http://www.cdc.gov/healthyyouth/health_and_academics/index.htm#3, nedladdad 2010.07.07.
18. Skolverket. Lpo 94. 1994.
19. Regeringen. Regeringens proposition 2009/10:165. Den nya skollagen - för kunskap, valfrihet och trygghet. 2009.
20. NCFE. Hälsöfrämjande insatser i skolan - en kartläggning 2009. NCFE skriftserie 2009:1 ISSN:1653-3011. Örebro 2010.
21. Stockholms läns landsting. Handlingsprogram övervikt och fetma 2010-2013 samt åtgärdsplan för implementering av handlingsprogrammet 2010-2013.
22. Proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälsopolitik. 2008
23. WHO. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: World Health Organisation 2004.
24. WHO Europe. Second WHO European action plan for food and nutrition policy: tackling noncommunicable and acute diseases 2007.
25. Nordic Council of Ministers. Health, food and physical activity. Nordic Plan of Action on better health and quality of life through diet and physical activity 2006.

26. Kark M, Wennerstad Modig K, Tholin S, Rasmussen F. Rektorernas betydelse för att främja fysisk aktivitet och goda matvanor i skolan. Stockholm 2009.
27. Skolinspektionen. Idrott och hälsa. 2010; Available from: <http://www.skolinspektionen.se/sv/Tillsyn/Flygande-tillsyn/Idrott-och-halsa/>, nedladdad 2010.07.07.
28. Skolinspektionen. Kvalitet i fritidshem. Kvalitetsgranskning. Rapport 2010:3, 2010.
29. Skolverket. Nationella utvärderingen av grundskolan 2003. Huvudrapport - bild, hem- och konsumentkunskap, idrott och hälsa, musik och slöjd, 2004.
30. Myndigheten för skolutveckling. Hem- och konsumentkunskap - En samtalsguide om kunskap, arbetsätt och bedömning. 2007.
31. WHO. The challenge of obesity in the WHO Euroepan Region and the strategies for response. Copenhagen: World Health Organisation 2007.
32. Chen X, Beydoun M, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. *Obesity* 2008;16:265-74.
33. Cole TJ, et al. Body mass index cut offs to define thinness in children and adolescents: International survey. *BMJ*. 2007;335:194.
34. Statens folkhälsoinstitut. Skolbarns hälsa och hälsovanor. Available from: <http://www.fhi.se/sv/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Skolbarns-halsa-och-halsovanor/>, nedladdad 2010.09.27.
35. Livsmedelsverket. Riksmaten. Uppsala 2003.
36. 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.
37. Sjoberg 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.
38. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer-Elinder L. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. Stockholm: Samhällsmedicin, SLL & Statens folkhälsoinstitut 2004.
39. Lissner L, Sohlstrom A, Sundblom E, Sjoberg A. Trends in overweight and obesity in Swedish schoolchildren 1999-2005: has the epidemic reached a plateau? *Obes Rev*. 2009 Dec 16.
40. Nyberg GA, Nordenfelt AM, Ekelund U, Marcus C. Physical Activity Patterns Measured by Accelerometry in 6- to 10-yr-Old Children. *Med Sci Sports Exerc*. 2009 Sep 2.
41. Swanberg I. Prevention av ätstörningar. Kunskapsläget i dag. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2004.
42. Neumark-Sztainer D, Wall M, Guo J, Story M, Haines J, Eisenberg M. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: how do dieters fare 5 years later? *J Am Diet Assoc*. 2006 Apr;106(4):559-68.
43. Goldschmidt AB, Aspen VP, Sinton MM, Tanofsky-Kraff M, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in overweight youth. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Feb;16(2):257-64.
44. Neumark-Sztainer D. Obesity and eating disorder prevention: an integrated approach? *Adolesc Med*. 2003 Feb;14(1):159-73.
45. Haines J, Neumark-Sztainer D. Prevention of obesity and eating disorders: a consideration of shared risk factors. *Health Educ Res*. 2006 Dec;21(6):770-82.
46. Libbey HP, Story MT, Neumark-Sztainer DR, Boutelle KN. Teasing, disordered eating behaviors, and psychological morbidities among overweight adolescents. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Nov;16 Suppl 2:S24-9.
47. 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.
48. Hautala LA, Junnila J, Helenius H, Vaananen AM, Liuksila PR, Raiha H, et al. Towards understanding gender differences in disordered eating among adolescents. *J Clin Nurs*. 2008 Jul;17(13):1803-13.

49. O'Dea JA. Evidence for a Self-Esteem Approach in the prevention of body image and eating problems among children and adolescents. *Eating Disorders*. 2004;12:225-39.
50. WHO Europe. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen: World Health Organisation 2006.
51. St Leger L, Young I, Blanchard C, Perry M. Promoting health in schools: from evidence to action. The International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) publication. 2010; Available from: http://www.iuhpe.org/index.html?page=516&lang=en#sh_advevid, nedladdad 2010.08.26.
52. Smith B, Tang K, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International*. 2006;21:340-5.
53. Durlak J, DuPre E. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *Am J Community Psychol*. 2008;41:327-50
54. SBU. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm 2004. Report No.: SBU-rapport nr 173.
55. Flodmark CE, Marcus C, Britton M. Interventions to prevent obesity in children and adolescents: a systematic literature review. *Int J Obes (Lond)*. 2006 Apr;30(4):579-89.
56. 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.
57. Doak CM, Visscher TL, Renders CM, Seidell JC. The prevention of overweight and obesity in children and adolescents: a review of interventions and programmes. *Obes Rev*. 2006 Feb;7(1):111-36.
58. Sharma M. School-based interventions for childhood and adolescent obesity. *Obes Rev*. 2006 Aug;7(3):261-9.
59. 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.
60. Kropski JA, Keckley PH, Jensen GL. School-based obesity prevention programs: an evidence-based review. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 May;16(5):1009-18.
61. 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 Database Syst Rev*. 2009(1):CD007651.
62. de Sa J, Lock K. Will European agricultural policy for school fruit and vegetables improve public health? A review of school fruit and vegetable programmes. *Eur J Public Health*. 2008;18(6):558-68.
63. Economos CD, Hyatt RR, Goldberg JP, Must A, Naumova EN, Collins JJ, et al. A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape Up Somerville first year results. *Obesity (Silver Spring)*. 2007 May;15(5):1325-36.
64. Economos CD, Sacheck JM, Kwan Ho Chui K, Irizarry L, Guillemont J, Collins JJ, et al. School-based behavioral assessment tools are reliable and valid for measurement of fruit and vegetable intake, physical activity, and television viewing in young children. *J Am Diet Assoc*. 2008 Apr;108(4):695-701.
65. 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.
66. 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.

67. Gibbs L, O'Connor T, Waters E, Booth M, Walsh O, Green J, et al. Addressing the potential adverse effects of school-based BMI assessments on children's wellbeing. *Int J Pediatr Obes.* 2007 Oct 10:1-7.
68. Buijs G, Bowker S. Working with schools. In Waters E, Swinburn B, Seidell J, Uauy R, Preventing Childhood Obesity. Evidence, policy and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
69. Moore L, Gibbs L. Evaluation of community-based obesity interventions. In Waters E, Swinburn B, Seidell J, Uauy R, Preventing Childhood Obesity. Evidence, policy and practice. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
70. Green LW, Kreuter MW. *Health Program Planning. An Educational and Ecological Approach.* Boston 2005.
71. Fixsen D, Naoom S, Blase K, Friedman R, Wallace F. *Implementation Research: A Synthesis of the Literature.* Florida: University of South Florida; 2005.
72. Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory.* Cliffs E, editor: NJ: Prentice-Hall; 1986.
73. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey *BMJ.* 2000;320:1240-3.
74. Pearlman D, Dowling E, Bayuk C et al. From concept to practice: Using the school health index to create healthy school environments in Rhode Island elementary school *Public Health Research, Practice, and Policy.* 2005;2:1-16.
75. Centers for Disease Control. *School Health Index.* Available from: <http://www.cdc.gov/HealthyYouth/SHI/brochure.htm>, nedladdad, 2010.09.27.
76. Brener N, et al. Applying the school health index to a nationally representative sample of schools. *Journal of School Health.* 2006;76(2):57-66.
77. de Silva-Sanigorski et al. Evaluation of the childhood obesity prevention program KIDS - "Go for your life". *BMC Public Health.* 2010;10(288):1-8.
78. Leatherdale ST, Manske S, Wong SL, Cameron R. Integrating research, policy, and practice in school-based physical activity prevention programming: the School Health Action, Planning, and Evaluation System (SHAPES) Physical Activity Module. *Health Promot Pract* 2009;10(2):254-61 Epub 2008 Feb 20.
79. Austin B, Fung T, Cohen-Bearak A ea. Facilitating change in school health: a qualitative study of school's experiences. *Public Health Research, Practice, and Policy.* 2006;3(2):1-8.
80. Staten L, Teufel-Shone N, Steinfeld V ea. The school health index as an impetus for change. *Public Health Research, Practice, and Policy.* 2005;2(1):1-9.

Bilaga 1

Positivt bemötande

- » Slappna av, njut av dina elevers sällskap och visa dem att du uppskattar det.
- » Försök att ge **alla** elever individuell uppmärksamhet.
- » Ge eleverna din hela uppmärksamhet när de berättar något för dig – gör inga andra saker samtidigt.
- » Gör det till ett speciellt mål att lägga märke till de tysta eleverna – det finns ofta en liten grupp elever som tar mycket plats.
- » Behandla dina elever med respekt – speciellt när de inte är respektfulla mot dig eller andra. Det kan vara elevernas enda möjlighet att lära sig respekt.

Identitet

- » Kalla eleverna vid deras namn. Det hjälper dem att förstå att de är unika individer.
- » Hjälp eleverna att identifiera sina unika egenskaper.
- » Jämför inte eleverna med varandra. Alla är unika! Det är bättre att förstärka individuella egenskaper.
- » Uppmuntra eleverna att uttrycka sin åsikt och lyssna på och respektera dem.
- » Ge dina elever tillräckligt med tid för att tänka efter om du frågar om åsikter.
- » Uppmärksamma förändringar i elevernas liv.
- » Uppmuntra dina elever att delta i olika aktiviteter.

Beröm

- » Beröm dina elevers positiva beteenden, engagemang och försök. Beröm även för mindre framsteg, gärna inför viktiga personer i deras liv, som t.ex. föräldrarna.
- » När du berömmar en elev, se den i ögonen och le.
- » Kritisera **aldrig** en elev inför andra.

Förväntningar

- » Visa eleverna att du tror på dem och att du förväntar dig att de ska göra sitt bästa.
 - » Ha rejäla, men rimliga förväntningar på dina elever.
 - » Sätt standarden i klassen så att **alla** elever kan lyckas med åtminstone ett mål.
- Ge inte upp! Dina svåra elever behöver ditt stöd mest.

ISBN: 978-91-86313-33-3

På uppdrag av
Stockholms läns landsting



**Karolinska
Institutet**