



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö

Vad görs mot övervikt och fetma?

En studie om folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen

Linda Andersson & Carolina Bertén

Kandidatuppsats, 15 hp

Kost- och friskvårdsprogrammet, 180 hp

Handledare: Agneta Sjöberg

Examinator: Ann Glerup

Datum: Juni 2009



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för mat, hälsa och miljö MHM
Box 320, SE 405 30 Göteborg

Titel: Vad görs mot övervikt och fetma? En studie om folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen.

Författare: Linda Andersson & Carolina Bertén

Typ av arbete: Kandidatuppsats, 15hp

Handledare: Agneta Sjöberg

Examinator: Ann Glerup

Program: Kost- och friskvårdsprogrammet

Antal sidor: 38

Datum: Juni 2009

Sammanfattning

Vad görs mot övervikt och fetma? En studie om folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen är en kvantitativ studie som behandlar folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Studien har skett efter en förfrågan av regionens Folkhälsokommittés kansli om att göra en uppföljning av en tidigare kartläggning gjord år 2005. Då kartlades insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen.

Studiens syfte har varit att undersöka folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare arbetar hälsofrämjande och förebyggande vilket har varit fokus i undersökningen. Studien har genomförts genom en enkätundersökning riktad mot samtliga folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare inom regionen. Enkäten består av två delar. Den första delen består av samma frågor som i den tidigare kartläggningen för att kunna jämföra resultaten med varandra. Den andra delen består av följdfrågor som vi har utformat för att kunna få en djupare inblick i deras arbete. Enkäten besvarade av 56 av totalt 69 folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare.

Resultatet som framkommit i studien visar att det pågår arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i regionen och att problemet har uppmärksammats något mer hos folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare 2009 jämfört med 2005. Resultatet tyder även på att folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar kan förbättras. Förbättringar kan ske genom att i större utsträckning inkludera området psykosocial hälsa, genom ökad samverkan med andra enheter/annan verksamhet utanför den egna förvaltningen samt genom förbättrad uppföljning och utvärdering av existerande insatser.

Nyckelord: Folkhälsa, Övervikt, Fetma, Barn och ungdomar, Hälsofrämjande och förebyggande insatser, Västra Götalandsregionen, Folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare.

Förord

Vi vill här passa på att tacka några personer som har gjort det möjligt att skriva denna kandidatuppsats.

Vi vill tacka Annika Nilsson-Green, utvecklingsledare/folkhälsa på Folkhälsokommitténs kansli, som hjälpt oss med kontakter och gett oss all den information och material som behövdes under arbetet. Vi vill också tacka Staffan Mårild, Lis Palm, Gert Johansson och Barbara Rubinstein för era insatser. Vi vill även framföra vårt tack till folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna som tog sig tid att besvara enkäten.

Slutligen vill vi tacka vår handledare, Agneta Sjöberg, för råd och hjälp under uppsatsens gång.

Institutionen för mat, hälsa och miljö, Göteborg, juni 2009

Linda Andersson

Carolina Bertén

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	4
2. Bakgrund	5
2.1 Hälsa.....	5
2.1.1 Folkhälsa/Folkhälsoarbete.....	5
2.1.2 Nationell nivå.....	6
2.1.3 Regional/Lokal nivå.....	7
2.2 Övervikt/Fetma.....	10
2.2.1 Förekomst.....	10
2.2.2 Orsaker	12
2.2.3 Konsekvenser	13
2.2.4 Vilka åtgärder fungerar enligt tidigare studier?	13
2.3 Sammanfattning bakgrund	14
3. Syfte	15
3.1 Frågeställningar.....	15
3.2 Avgränsning	15
4. Metod	16
4.1 Kvantitativ metod.....	16
4.1.1 Enkät.....	16
4.2 Urval.....	17
4.3 Datainsamling.....	17
4.4 Dataanalys	18
4.4.1 Internt bortfall	18
4.5. Etiska överväganden	18
4.6. Tillförlitlighet.....	19
4.6.1 Validitet och reliabilitet.....	19
5. Resultat och diskussion	20
5.1 Vad pågår/planeras i dagsläget?.....	20
5.2 Hur ser det pågående/planerade arbetet ut 2009 jämfört med 2005?.....	20
5.3 Hur sker det pågående/planerade arbetet?.....	21
5.3.1 Övervikt och fetma på dagordningen.....	21
5.3.2 Policy/Handlingsprogram.....	22
5.3.3 Arbeten/Projekt	25
5.3.4 Uppföljning/Utvärdering av insatser.....	26
5.3.5 Statistik.....	27
5.3.6 Samverkan.....	27
5.3.7 Dokument gällande övervikt och fetma	28
5.4 Metoddiskussion	28
6. Generell diskussion	31
7. Slutsats	34
7.1 Förslag till vidare studier	34
8. Referenser.....	35
Bilaga 1. Följebrev samt enkät.....	1
Bilaga 2. Påminnelse om att besvara enkäten (nr. 1)	8
Bilaga 3. Påminnelse om att besvara enkäten (nr. 2)	9
Bilaga 4. Enkät svar	10

1. Inledning

Hur barn och ungdomar lever och mår har stor betydelse för folkhälsan idag och i framtiden (Faskunger, 2008). Under relativt kort tid har det skett en dramatisk ökning av övervikt och fetma vilket kan ses som ett hot mot folkhälsan. Att motverka övervikt hos barn och unga är ett aktuellt tema i media, hos myndigheter och beslutsfattare, men vad görs åt problemet?

Under 2005 gjordes en kartläggning av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen (Jonsson & Bergh, 2006). Befintliga hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar upp till 18 års ålder inom regionen kartlades. Kartläggningen gjordes av regionens Folkhälsokommitté och Hälso- och sjukvårdsavdelning.

Vi har fått i uppdrag av regionens Folkhälsokommittés kansli att göra en uppföljning av den ursprungliga kartläggningen. Den ursprungliga kartläggningen vände sig till flera verksamheter inom regionen. För att få ett hanterbart uppdrag under vår begränsade tid har vi valt att avgränsa vårt arbete genom att enbart rikta in oss mot folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare. Betoningen på utbildningen vi läser, Kost- och friskvårdsprogrammet vid Göteborgs universitet, ligger på att främja hälsa hos individer, grupper och organisationer. Då folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare arbetar hälsofrämjande och förebyggande ansåg vi att detta urval passade oss bra.

Vår förhoppning med studien är att kunna bidra till en positiv utveckling av arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

2. Bakgrund

Det har skett en förändring av synen på hälsa och hur hälsa ska uppnås, från botande till förebyggande och främjande. Dessa begrepp förklaras inledningsvis i bakgrunden. Vidare följer en beskrivning av hur folkhälsoarbete bedrivs i Sverige idag. Detta för att ge en bild över hur arbetet är uppbyggt och visa vilken uppgift folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare har. Därefter följer en förklaring av hur Västra Götalandsregionen arbetar med problematiken kring övervikt och fetma hos barn och ungdomar. För att öka förståelsen av problematiken beskrivs förekomst, orsaker och konsekvenser. Därutöver presenteras möjliga åtgärder mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

2.1 Hälsa

Hälsa betyder olika för olika människor och forskning har visat att människors definition av hälsa och vad det innebär att vara frisk varierar stort (Ewles & Simnett, 2005). Det finns därför ingen entydig definition av begreppet hälsa. Världshälsoorganisationen (WHO) definierade 1948 hälsa på följande sätt: *“Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”* (WHO, 1948). Detta är den mest kända hälsodeinitionen (Pellmer & Wramner, 2007). Genom att uttalandet inkluderade de tre aspekterna: fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande var det på den tiden nyskapande (Ewles & Simnett, 2005). WHO har utvecklat sin syn på hälsa sedan dess, trots detta citeras fortfarande den drygt sextioåriga definitionen.

Under 1800-talet till mitten av 1900-talet, när många medicinska upptäckter gjordes, definierades hälsa främst utifrån den fysiska aspekten. Hälsa sågs då ur ett patologiskt synsätt, vilket innebär att hitta förklaringar till varför människor blir sjuka (Rydqvist & Winroth, 2003). Aron Antonovsky, professor i medicinsk sociologi, var en av dem som valde att frångå den gamla synen på hälsa (Antonovsky, 2005). Istället för att utgå från varför människor blir sjuka, utgick Antonovsky från det motsatta perspektivet, att försöka förklara varför människor förblir friska trots att de utsätts för påfrestningar. Detta kallas för salutogenes och begreppet betyder ”hälsans ursprung”. Ett salutogent synsätt utgår alltså ifrån det friska och det som fungerar och fokuserar på att förstärka det. Dagens hälsodebatt utgår fortfarande till stora delar från ohälsa och sjukdom (Rydqvist & Winroth, 2003).

2.1.1 Folkhälsa/Folkhälsoarbete

Folkhälsa är det allmänna hälsotillståndet i en befolkning (Nationalencyklopedin, 2009a). Följande citat speglar skillnaden mellan de olika begreppen hälsa och folkhälsa *”hälsa är en resurs för individen medan folkhälsa är ett mål för samhället”* (Folkhälsogruppens rapport nr 9, 1991, hämtat från Folkhälsoguiden, 2008).

Folkhälsoarbete handlar om att påverka folkhälsan genom att fokusera på hälsa och sjukdom i hela befolkningen eller samhället, snarare än på enskilda individers hälsa och hälsotillstånd (Ewles & Simnett, 2005). Folkhälsoarbete baseras både på hälsofrämjande och förebyggande arbete (Medin & Alexandersson, 2000). Hälsofrämjande arbete går ut på att förbättra hälsotillståndet för enskilda individer och grupper (Ewles & Simnett, 2005). Det salutogena synsättet, att beakta de faktorer som bidrar till hälsa, är utgångspunkten i hälsofrämjande arbete (Medin & Alexandersson, 2000). Hälsofrämjande arbete strävar efter att påverka människors möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den (Ewles & Simnett, 2005). Att arbeta

förebyggande syftar till att bevara god hälsa och förhindra att skador och sjukdomar uppkommer eller förvärras (Nationalencyklopedin, 2009b). Åtgärderna kan ske på individ-, grupp- eller befolkningsnivå. De kan avse den fysiska miljön (t.ex. arbets-, trafik- och fritidsmiljö) eller den psykosociala miljön (t.ex. arbetets innehåll, skolmiljö och mobbning) (Ewles & Simnett, 2005).

2.1.2 Nationell nivå

I Sverige finns på nationell nivå Statens folkhälsoinstitut som på uppdrag av regeringen arbetar med att stimulera olika insatser för förbättrad folkhälsa (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Deras övergripande mål är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Folkhälsoarbetet utgår sedan 2003 från elva målområden som grundar sig på faktorer som påverkar hälsan. Målområdena grundas på det salutogena synsättet (Hamerslag, 2004). Det är viktigt med gemensamma målområden som vägledning eftersom folkhälsa berör och påverkas av många samhällsområden (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Barn och ungdomars uppväxtvillkor, befolkningens fysiska aktivitet och befolkningens matvanor är tre områden som behandlas i de elva målområdena. Regeringen bedömer att barn och ungdomar är en av de viktigaste målgrupperna inom folkhälsoarbetet. Skälen till regeringens bedömning är att barn och ungdomars uppväxtförhållanden har stor påverkan på både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet (Statens folkhälsoinstitut, 2009b). Barns uppväxt präglas av snabba förändringar i både kropp och beteende (Socialdepartementet, 2008). De vanor som grundläggs i tidig ålder följer ofta med och påverkar resten av livet. Av denna orsak kan de långsiktiga effekterna av förebyggande insatser för att skapa goda levnadsvillkor ha speciell stor betydelse om de sätts in i barndomen. Insatser som ges till barn och ungdomar kan således ses som en investering som gynnar människan hela livet ut.

Barns och ungdomars uppväxtvillkor behandlas i målområde 3 (Statens folkhälsoinstitut, 2009b). I målet anges att insatser för att främja barns och ungdomars hälsa bör ske på flera olika arenor. Ett sätt är att använda metoder för föräldrastöd som syftar till att förbättra samspelet och relationen mellan barn och föräldrar i hemmiljön. Förskola och skola är andra viktiga arenor att vända sig mot. Barn och ungdomar utvecklar och tränas där på olika kompetenser, såsom problemlösning, social och emotionell förmåga. Dessa kompetenser fungerar som skyddsfaktorer mot ohälsa. Förskola och skola är även bra arenor för att genomföra specifika program som främjar hälsosamma levnadsvanor som exempelvis goda kost- och motionsvanor. I målområdet poängteras att det även finns stora möjligheter att förebygga psykisk ohälsa genom tidiga insatser under barn och ungdomsåren. Den fysiska aktivitetens betydelse för en god hälsoutveckling tas upp i målområde 9 (Statens folkhälsoinstitut, 2009c). Syftet med detta mål är att skapa förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för hela befolkningen genom att utforma samhället därefter, exempelvis genom mer fysisk aktivitet i förskola och skola. Goda matvanor och livsmedelsval har en avgörande betydelse för hälsan vilket behandlas i målområde 10 (Statens folkhälsoinstitut, 2009d). I detta mål poängteras att det är viktigt att öka kunskapen om sambandet mellan matvanor och olika hälsoutfall. Detta kan göras genom att samhället satsar på att få aktörer på olika nivåer att samverka och föra ett gemensamt budskap till befolkningen.

Som ett led i folkhälsoarbetet tog Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut fram en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen år 2005 (Andersson & Ågren, 2005). I handlingsplanen uppmärksammades att barn och

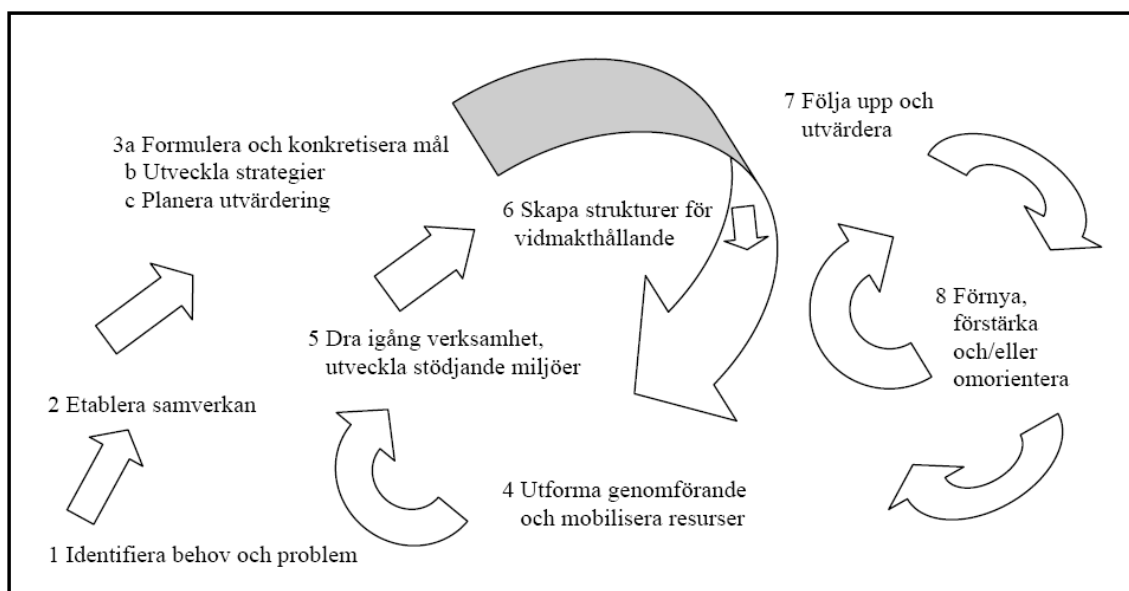
ungdomar ska vara ett prioriterat område. För att befolkningen ska kunna uppnå goda matvanor togs följande mätbara mål fram; öka konsumtionen av frukt och grönsaker, öka konsumtionen av nyckelhålmärkt mat samt minska konsumtionen av livsmedel som sötade drycker, godis, glass och bakverk. Mätbara mål togs även fram för att öka den fysiska aktiviteten. Öka andelen friska barn som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 7 timmar per vecka samt minska andelen barn med en stillasittande livsstil, är de mål som togs fram för barn och ungdomar. För att kunna uppnå de ovanstående målen ska insatserna vara långsiktiga och de ska riktas mot både samhälle och individ. Insatserna ska ske på nationell, regional och lokal nivå och de ska samordnas, vilket även är viktigt mellan offentlig, privat och ideell sektor. Kontinuerligt genom hela arbetet ska utvärdering och uppföljning ske.

2.1.3 Regional/Lokal nivå

De folkhälsopolitiska målen som fattas på nationell nivå, bryts ner på regional och lokal nivå (landsting/kommuner) till praktisk verksamhet (Rydqvist & Winroth, 2003). Olika former av folkhälsoråd, folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare och andra aktörer arbetar med dessa mål. Folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares roll sträcker sig över ett stort område (Arbetsförmedlingen, 2008). Upplägget i folkhälsoarbetet varierar i kommunerna och stadsdelarna. En viktig uppgift är vanligtvis att kartlägga och analysera hälsan i befolkningen och utifrån resultatet utarbeta policy/handlingsplaner (målformuleringar och prioriteringar) för folkhälsoarbetet. Initiering, samordning och stödjande av verksamheter och projekt med anknytning till folkhälsan är ytterligare arbetsområden de arbetar med.

Modell för folkhälsoarbete

Som vi tidigare har nämnt baseras folkhälsoplanerares/folkhälsosamordnares arbete på förebyggande och hälsofrämjande verksamhet. I deras arbete med befolkningsinriktat folkhälsoarbete är SESAME-modellen (se figur 1) en vanligt förekommande modell (Pellmer & Wramner, 2007).



Figur 1. SESAME-modellen – Aktionsmodell för att skapa stödjande miljöer för hälsa (Haglund & Svanström, 1992, s. 346).

Modellen innehåller följande åtta steg som kan utgöra strukturen i ett lokalt folkhälsoprogram (Haglund & Svanström, 1992):

Steg 1. Identifiera behov och problem

Med hjälp av statistisk data, politiska beslut eller andra behov som finns i lokalsamhälle/kommun kan behov och problem lyftas fram.

Steg 2. Etablera samverkan

Samverkan utgör en central del i folkhälsoarbete (Pellmer & Wramner, 2007). I steg två identifieras samarbetspartners som har gemensamma mål och ansvar, därefter fördelas arbetsinsatser (Haglund & Svanström, 1992).

Steg 3. Planera:

- a. Formulera och precisera mål
- b. Utveckla strategier
- c. Förbereda utvärdering

Steg 4. Utforma genomförandet och mobilisera resurser

I detta steg genomförs den konkreta planeringen av programmet och resurser ses över. För att kunna nå målen är det viktigt att bygga upp ett politiskt beslutande handlingsprogram där samverkan spelar en betydande roll (Pellmer & Wramner, 2007).

Steg 5. Dra igång verksamheten – utveckla stödjande miljöer (program, projekt)

Själva verksamheten dras igång i detta steg (Haglund & Svanström, 1992).

Steg 6. Skapa strukturer för att vidmakthålla

För att upprätthålla programmets aktiviteter behövs det i detta steg utvecklas stödsystem med exempelvis utbildning, stödmaterial och nyhetsbrev. Detta är grunden för en bestående förändring.

Steg 7. Följ upp och utvärdera

I detta steg ska en systematisk uppföljning och utvärdering av genomförandet inrättas. Det är viktigt att målen är genomförbara. Det är vanligt att det sätts alltför höga mål och att utvärderingen då inte kan påvisa den önskade förändringen.

Steg 8. Förnya, förstärk och/eller omorientera

I det åttonde och sista steget tas lärdom av erfarenheterna från uppföljningen och utvärderingen. Styrkor och svagheter belyses och utifrån detta skapas nya vägar. Detta föränderliga arbetssätt är kärnan i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

Västra Götalandsregionen

Västra Götalandsregionen består av Landstinget i Älvsborg och Skaraborg, Bohuslandstinget och delar av Göteborgsstad (Västra Götalandsregionen, 2008a). I regionen styrs arbetet med folkhälsofrågor via Folkhälsokommittén i samverkan med andra samhällsaktörer. 2005 antogs en vision om regionens framtid, som kallas ”Det goda livet”. God hälsa och miljö, trygghet, gemenskap samt att barns och ungdomars behov möts är exempel på viktiga områden som ingår i visionen.

Som ett steg i arbetet att förverkliga visionen har under 2008 ett regionalt handlingsprogram med hälsofrämjande, förebyggande och behandlande åtgärder mot övervikt och fetma tagits fram (Västra Götalandsregionen, 2008b). Uppdraget har utgått

från Hälso- och sjukvårdsavdelningen samt Folkhälsokommittén. Handlingsprogrammet är framtaget för att vända den kraftiga utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och vuxna i regionen. Den riktar sig framförallt till vårdgivare och beställare inom regionens olika verksamheter, samt politiker, tjänstemän och den kommunala skolhälsovården. Det finns även andra aktörer inom kommuner, företagshälsovård, patientorganisationer, idrottsföreningar och befolkningen i allmänhet som programmet kan vara till nytta för. Handlingsprogrammet finns även i form av ett webbaserat beslutstöd¹ för att underlätta för användarna.

Det har också tagits fram rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i regionen (Västra Götalandsregionen, 2008c). Något som rekommenderas i båda dokumenten är att skapa policy och handlingsprogram. Handlingsprogrammet och rekommendationerna utgår från ett arbete som pågått sedan 2004 gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar i regionen. Under 2005 gjordes ”De 1111 svaren” vilket är en kartläggning av insatser gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar i regionen (Jonsson & Bergh, 2006). Befintliga hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser inom regionen avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar upp till 18 års ålder kartlades. Denna kartläggning var sedan ett hjälpmedel vid utvecklandet av handlingsprogrammet och rekommendationerna.

Resultat från kartläggningen ”De 1111 svaren” från 2005

Den del av kartläggningen som riktades mot folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare besvarades av 59 av totalt 69 folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare och gav följande resultat (Jonsson & Bergh, 2006): Majoriteten (50/59) uppgav att problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordningen i kommunens arbete. Endast ett fåtal (7/59) svarade att de hade ett handlingsprogram, men cirka hälften angav att de hade påbörjat ett arbete med att ta fram ett handlingsprogram. Över hälften (37/59) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna angav att det pågick ett projekt inom området och var femte kommun/stadsdel (12/59) hade planer på att starta sådant arbete. Endast var fjärde kommun (15/59) hade någon form av utvärdering av projekt eller insatser. Uppföljning/utvärdering av insatserna planerades i flera fall (23/59). Hälften av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna uppgav att de hade tillgång till statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Majoriteten (45/59) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna svarade att de samverkade med andra enheter utanför den egna förvaltningen kring dessa frågor.

Skolmatsakademin

Skolmatsakademin är ett exempel på hur Folkhälsokommittén och Miljönämnden i Västra Götalandsregionen vill lyfta fram kunskap om goda matvanor och hur maten påverkar miljön (Västra Götalandsregionen, 2009). Skolmatsakademin är ett nätverk för personer som är verksamma inom skolan eller i skolrestaurangen. Syftet är att ge barn och ungdomar en bättre hälsa, en positiv attityd till mat och kunskap om hur livsmedelsval påverkar miljön. Skolmatsakademin vill sprida goda lokala exempel och informera om beprövade metoder och läromedel, för skolrestaurangen och klassrummet. Samtliga kommuner i regionen har blivit erbjudna att delta.

¹ Webbaserat beslutstöd är ett hjälpmedel som både anger mål, ansvar och åtgärder samt är ett vårdprogram och en kunskapsbas. Beslutstödet riktar sig både till kommunala och regionala verksamheter.

2.2 Övervikt/Fetma

Enligt WHO definieras övervikt och fetma som onormal eller överdriven fettansamling som kan vara skadlig för hälsan (WHO, 2006). Den vanligast förekommande mätmetoden som används idag för att mäta kroppsfett på populationsnivå är Body-mass index (BMI)². WHO definierar övervikt som BMI över 25 och fetma som BMI över 30. Dessa gränser är dock inte exakta eftersom de på individnivå inte alltid stämmer överens med den verkliga kroppssammansättningen. Gränserna är desamma för vuxna kvinnor och män.

För att kunna klassificera övervikt och fetma hos barn och ungdomar (2-18 år) har det utvecklats en specifik gränssättning som motsvarar BMI-gränserna för vuxna (Cole, Bellizzi, Flegal & Dietz, 2000). Denna gränssättning för övervikt och fetma har definierats efter ålder och kön.

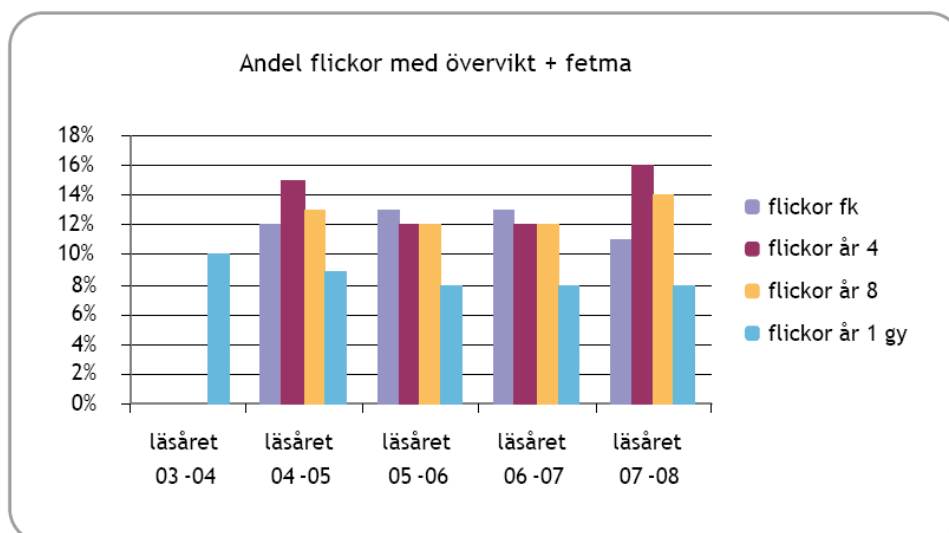
2.2.1 Förekomst

I Sverige är övervikt och fetma ett stigande folkhälsoproblem i hela befolkningen (Andersson & Ågren, 2005). Idag har vart femte barn övervikt eller fetma. Övervikt och fetma bland barn och ungdomar har fördubblats ungefär vart 15:e år i åldern 10 år samt i åldrarna 16-24 år (Lager, 2009). Tidsserier för mindre barn saknas i Sverige. Ökningstakten för barn är betydligt snabbare än för vuxna, för män motsvarar ökningstakten en fördubbling vart 30:e år och för kvinnor vart 40:e år. En svensk undersökning talar för att den pågående ogynnsamma utvecklingen har varat i minst 35 år och den är tydligast i åldrarna 10-24 år.

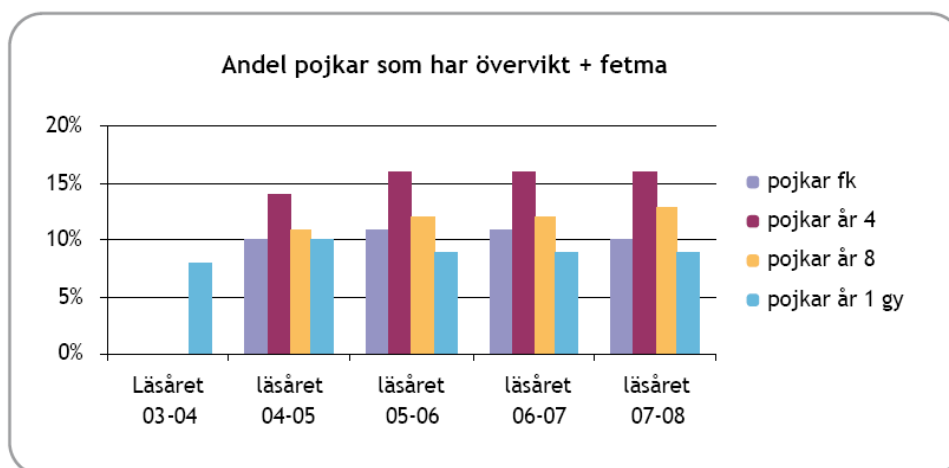
Det finns studier som tyder på att denna ökande utveckling av fetma bland barn och ungdomar kan vara på väg att bromsas (Lager, 2009; Sjöberg, Lissner, Albertsson-Wikland & Mårild, 2008). En studie från Statens folkhälsoinstitut har sammanställt data från kommunerna Karlstad, Umeå, Västerås och Ystad (Lager, 2009). Datan baseras på längd och vikt från skolhälsovården och avser skolåren 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006 och 2006/2007. Studien visar en stabil förekomst av övervikt och fetma på 22,3 procent varav 4,3 procent avser fetma.

I en sammanställning för skolhälsovårdens verksamhet vid grund- och gymnasieskolor samt friskolor i Göteborg, har uppgifter om bland annat vikt och längd samlats in från förskolan samt årskurs 4,7 eller 8 och år 1 på gymnasiet (Renman, Nordström & Mangelus, 2009). Data har samlats in sedan läsåret 04-05 på grundskolan och sedan 03-04 på gymnasiet, den senaste datan är från läsåret 07-08. Sammanställningen visade att andelen elever med övervikt och fetma i respektive årskull var relativt måttlig överlag i Göteborg (se figur 2 och 3).

² BMI beräknar förhållandet mellan kroppsvikt och längd. För att räkna ut BMI använder man kroppsvikt i kg och dividerar det med kroppslängd i kvadratmeter. För att klassificera övervikt och fetma används viktclasser; Undervikt <18.5, Normalvikt 18.5-24.9, Övervikt 25-29.9, Fetma <30 (WHO, 2009a).



Figur 2. Andel flickor med övervikt och fetma i Göteborg (Renman, Nordström & Mangelus, 2009, s. 5).



Figur 3. Andel pojkar med övervikt och fetma i Göteborg (Renman, Nordström & Mangelus, 2009, s. 5).

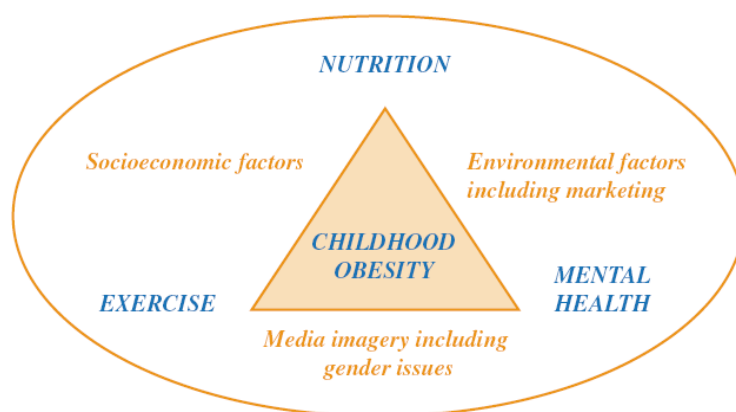
Sammanställningen visade även att skillnaderna mellan olika årskullar var förhållandevis små, oftast 1-3 procent. Andelen med övervikt och fetma var högst (16 procent) i årskurs 4 för både pojkar och flickor. Förekomsten av övervikt och fetma hos barn och ungdomar varierade dock stort mellan Göteborgs olika stadsdelar. Övervikt och fetma var överrepresenterat i de socioekonomiskt svaga grupperna vilket ofta speglar den sociala segregationen i staden. Denna överrepresentation i socioekonomiskt svaga grupper gäller även generellt i Sverige (Andersson & Ågren, 2005; Pellmer & Wramner, 2007). Fetma och fetmarelaterade sjukdomar är bland de mest ojämnt fördelade ohälsotillstånden sett utifrån olika sociala grupper och trenden är att det sker en ökning av de sociala skillnaderna. Därmed är det viktigt att satsa på åtgärder mot övervikt och fetma riktade emot socioekonomiskt svaga grupper för att minska ojämlikheten i hälsa.

En studie gjord på 10-åringar i Göteborg tyder på att utvecklingstakten av fetma i Sveriges storstäder kan vara på väg att avstanna och eventuellt vända bland flickor (Sjöberg m.fl., 2008). Studien framhåller att även om framtida undersökningar kommer att bekräfta de här resultaten så betyder det inte att problematiken med övervikt och

fetma är löst. Det krävs fortfarande mycket hälsofrämjande arbete i dagens samhälle, eftersom den miljö vi lever i ökar sannolikheten att drabbas av övervikt och fetma. Troligtvis kommer denna fetmaframkallande miljö att vara framträdande i samhället även fortsättningsvis.

2.2.2 Orsaker

Den ökade utbredningen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar beror på ett ökat energiintag kombinerat med en minskad energiförbrukning (Summerbell m.fl., 2005; Pellmer & Wramner, 2007). Flera kulturella och miljömässiga faktorer har visat sig bidra till problemet. I studien *Health Behaviour in Schoolaged Children* har en modell (se figur 4) tagits fram som visar en bild av hur övervikt och fetma hos barn och ungdomar påverkas av kost, fysisk aktivitet samt psykisk hälsa och dess bakomliggande faktorer; socioekonomi, miljö och massmedia (Mathieson, 2006).



Figur 4. Childhood obesity (Mathieson, 2006, s. 8).

Kost

I dagens samhälle är barn och ungdomar omgivna av livsmedel med en hög andel socker, salt och fett (Mathieson, 2006). Detta gör livsmedlen ofta attraktiva och välsmakande men i många fall är de energitäta och näringsfattiga. Producenter spenderar mycket resurser på att marknadsföra produkter direkt mot barn och ungdomar genom att använda sig av exempelvis tecknade figurer och andra profiler som är kända och tilltalande för dem. I undersökningen "Riksmaten – barn 2003" gjordes en riksomfattande kostundersökning på 4-åringar, barn i årskurs 2 och barn i årskurs 5 (Enghardt Barbieri, Pearson & Becker, 2006). Undersökningen visade bland annat att barnens kost bestod av för mycket socker, salt och fett.

Fysisk aktivitet

Förändringar i kultur och familjesituationen har tillsammans med en ökning av tillgängligheten av tv-kanaler och dataspel riktade mot barn och ungdomar bidragit till att de fått en mer stillasittande livsstil (Mathieson, 2006). Utvecklingen av dagens transportmedel (bil, kollektivtrafik, hiss, rulltrappor, osv.) har lett till att vardagsmotionen minskat. I flera fall har också möjligheterna att delta i sport- och motionsaktiviteter i skolan och samhället minskat. De ovan nämnda förhållandena har medverkat till att barn och ungdomar i allt större utsträckning har en minskad energiförbrukning.

Psykosocial hälsa

Barn och ungdomar med låg socioekonomisk status är i regel mer utsatta för ohälsosamma hem- och samhällsmiljöer (Hörnell, Lind & Silfverdal, 2009; WHO, 2009b). Socioekonomiska skillnader påverkar påtagligt i Sverige trots att inkomstskillnaderna är lägre jämfört med många andra länder (Hörnell, Lind & Silfverdal, 2009). En dålig ekonomi begränsar möjligheterna att äta nyttig mat och utföra fysisk aktivitet (Mathieson, 2006). Barn och ungdomar med låg socioekonomisk status har därmed en ökad risk att drabbas av hälsoproblem och ohälsosamt beteende. I en undersökning från Stockholms län rapporteras att intaget av ohälsosam mat (t.ex. godis, chips, kakor, bullar, läsk, pizza, pommes frites) är betydligt högre bland barn till mödrar med låg utbildning och utländsk bakgrund jämfört med barn till mödrar med hög utbildning och svensk bakgrund (Hörnell, Lind & Silfverdal, 2009). Dagens barn och ungdomar, speciellt de med låg socioekonomisk status, växer således upp i en miljö som ökar sannolikheten att drabbas av övervikt och fetma (Mathieson, 2006).

2.2.3 Konsekvenser

Barn och ungdomar med övervikt och fetma tenderar att vara överviktiga eller feta även som vuxna (Guo, Wu, Chumlea & Roche, 2002; Whitaker, Wright, Pepe, Seidel & Dietz, 1997). Vuxna med övervikt och fetma har generellt en kortare livslängd och lider i högre grad av flera olika sjukdomar, så som hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes, belastningsskador och flera cancerformer (t.ex. bröst och tjocktarm) (WHO, 2006). Risken att drabbas av dessa sjukdomar ökar progressivt med ett stigande BMI.

Övervikt och fetma hos barn och ungdomar kan störa den normala psykosociala, emotionella och fysiska utvecklingen (Mathieson, 2006). Negativ självkänsla eller dålig kondition hos barn och ungdomar kan leda till att de inte vill delta i idrott och fysisk aktivitet, vilket kan innebära att de inte får ta del av de fysiska, psykiska och sociala fördelar som detta bidrar till. Felaktiga kostvanor (t.ex. att utesluta frukosten eller att istället äta en frukost bestående av livsmedel med höga sockerhalter) kan ha en negativ påverkan på barns förmåga att lära sig under skoldagen. Ytterligare en konsekvens av övervikt och fetma är att barn och ungdomar kan bli retade för sin vikt vilket påverkar deras psykiska hälsa negativt.

2.2.4 Vilka åtgärder fungerar enligt tidigare studier?

Det har gjorts ett flertal studier som undersöker effekten av åtgärdsprogram för att förebygga fetma hos barn och ungdomar (SBU, 2004). I en äldre översiktsstudie på vuxna gällande insatser mot övervikt och fetma presenteras det att förebyggande insatser endast har en måttlig verkan (Douketis, Feightner, Attia & Feldman, 1999). Liknande resultat visas i en färskare översiktsstudie på barn och ungdomar där 22 studier granskades mellan åren 1990-2005 (Summerbell m.fl., 2005). Studiens syfte var att se om program innehållande kost, fysisk aktivitet och/eller livsstil och socialt stöd förebygger fetma hos barn. Majoriteten av studierna var korttidsstudier (12 veckor-12 månader). De studier som kombinerade metoder med kost och fysisk aktivitet gav inget signifikant resultat på BMI. Några studier som riktade in sig på metoder gällande enbart kost eller fysisk aktivitet visade en måttlig gynnsam inverkan på BMI. Flertalet av studierna påvisade en måttlig förbättring av kosten eller den fysiska aktiviteten. Avslutningsvis anser Summerbell m.fl. att de förebyggande insatserna måste ses över och förbättras gällande exempelvis utformning, varaktighet och omfattning för att få bättre effekt av dem.

En litteraturoversikt över studier för förebyggande av fetma hos barn och ungdomar som har gjorts av Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU (2004) visar en

mer positiv bild av förebyggande insatser. Av totalt 24 utvärderade studier där sammanlagt 25 896 barn ingick, visade en tredjedel att förebyggande insatser gav ett positivt resultat. Övriga visade neutralt resultat och ingen visade ett negativt resultat. Att majoriteten (2/3) av studierna inte visade positiv effekt av insatserna tyder på att det är ett svårt område, enligt SBU. Insatserna har pågått under kortare perioder och de var oftast begränsade till skoltid. Det kan vara svårt att ändra livsstilen hos barn och ungdomar om inte hemmiljö, fritid och resten av samhället tas med. Studien kunde inte urskilja några specifika förebyggande åtgärder som hade störst potential för positiv effekt. Slutsatsen i studien är att det är möjligt att förebygga fetma hos barn och ungdomar genom skolprogram där kost och fysisk aktivitet ingår.

Fetma är ett kroniskt tillstånd och studier visar att behandling av övervikt och fetma ofta är ineffektivt, bland annat för att det kräver långsiktiga viktminskningsåtgärder för att ge resultat (Ayyad & Andersen, 2000). Förebyggande insatser tros vara den absolut viktigaste strategin för att hantera problematiken med övervikt och fetma. Liknande uppfattning konstateras i en annan studie författad av Haerens m.fl. (2008). I den studien kan utläsas att då övervikt och fetma är svårt att behandla och problemet ofta kvarstår i vuxen ålder så är förebyggande strategier det bästa att använda vid inriktning mot barn. Ytterligare argument som styrker att det är positivt med förebyggande insatser mot övervikt och fetma, är enligt studien, att majoriteten av barn riskerar att drabbas av övervikt och fetma. Strategier som förebygger problemet är därför till nytta för alla barn.

2.3 Sammanfattning bakgrund

I Sverige är övervikt och fetma ett stigande folkhälsoproblem i hela befolkningen (Andersson & Ågren, 2005). Regeringen bedömer att barn och ungdomar är en av de viktigaste målgrupperna inom folkhälsoarbetet. Barn och ungdomars uppväxtförhållanden har stor påverkan på både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet (Statens folkhälsoinstitut, 2009a).

Under 2005 gjordes "*De 1111 svaren*" vilket är en kartläggning av insatser gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen (Jonsson & Bergh, 2006). Befintliga hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser avseende övervikt och fetma på barn och ungdomar upp till 18 års ålder inom regionen kartlades. Kartläggningen gjordes av regionens Folkhälsokommitté och Hälso- och sjukvårdsavdelning.

Vi har fått i uppdrag av regionens Folkhälsokommittés kansli att göra en uppföljning av den tidigare kartläggningen.

3. Syfte

Studiens syfte är att undersöka folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnarens arbete i Västra Götalandsregionen mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar upp till 18 års ålder.

3.1 Frågeställningar

- Vad pågår/planeras i dagsläget?
- Hur ser det pågående/planerade arbetet ut 2009 jämfört med 2005?
- Hur sker det pågående/planerade arbetet?

Undersökningen är även ett led i en större kartläggning inom regionen för att utveckla arbetet inom detta område.

3.2 Avgränsning

Den ursprungliga kartläggningen "*De 1111 svaren*" riktades mot; folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare, rektorer och kostansvariga på skolor, personal på förskolor, skolsköterskor, barnmorskor på mödravårdcentraler, sjuksköterskor på barnavårdscentraler, klinikchefer inom folktandvården, läkare och sjuksköterskor vid vårdcentraler, barn- och ungdomsmottagningar eller sjukhus, barnmorskor vid ungdomsmottagningar, chefer för primärvårdsområden samt planeringsledare med ansvar för folkhälsofrågor vid respektive hälso- och sjukvårdsnämnd inom regionen (Jonsson & Bergh, 2006).

Vi har avgränsat vårt arbete genom att enbart rikta oss mot folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare. Vi ansåg att detta urval var lämpligt för oss, då de arbetar hälsofrämjande och förebyggande, vilket ligger i linje med vår utbildning.

4. Metod

I metodavsnittet beskrivs studiens kvantitativa inriktning. Vi redogör för vad redskapet enkät innebär samt hur vi utformat vår enkät. Vidare beskrivs urvalet, insamling av data, antalet deltagare samt hur undersökningen genomfördes. Slutligen förklaras studiens tillförlitlighet.

4.1 Kvantitativ metod

För att avgöra undersökningens inriktning är det lämpligt, enligt Patel och Davidsson (2003), att ställa sig frågor som ”Vad är det vi vill veta? Vad är det för kunskap vi söker?”. Om vi hade velat tolka och förstå ett problem så som människors upplevelser, hade en kvalitativ inriktning varit passande. Vid kvalitativa undersökningar samlas så kallad ”mjuk” data in, vanligtvis genom intervjuer och tolkande analyser. Vi ville ta reda på sådant som rör ”Hur? Vilka är skillnaderna?” då är en kvantitativ inriktning lämplig. Därmed valde vi att genomföra studien genom en kvantitativ metod. En kvantitativ metod innebär en insamling av information som är mätbar (Backman, 2008). Metoden innefattar mätningar och kvantifiering med hjälp av beräkningar och statistik som resulterar i numeriska observationer. Exempel på tillvägagångssätt är experiment, tester, frågeformulär och enkäter.

4.1.1 Enkät

En stor fördel med enkätundersökningar är att de kan göras på ett relativt stort urval både i relation till en viss kostnad samt i förhållande till tidsaspekten (Ejlertsson, 2005). Det är även positivt att den kan göras inom ett stort geografiskt område. I en enkätundersökning är vanligtvis alla frågor och svarsalternativ presenterade på samma sätt för samtliga respondenter. Detta innebär att resultatet blir förhållandevis lättolkat (förutsatt att frågor och svarsalternativ är korrekt utformade).

I denna studie har vi valt att använda oss av enkäter. Studien sträcker sig över ett relativt stort område (Västra Götalandsregionen) och det är därför lämpligt med en enkätundersökning. Då vi skickade ut ett förhållandevis stort antal enkäter (69 stycken) var det viktigt med ett lättolkat resultat så att bearbetningen av det insamlade materialet var hanterbart inom den avsatta tiden.

Ytterligare en fördel med enkätundersökningar är att det inte finns någon risk för den så kallade ”intervjuareffekten”. Det är väldokumenterat att respondenter vid en intervju i varierande utsträckning påverkas av intervjuarens sätt att ställa frågor och följdfrågor. Genom enkätundersökningen undvek vi denna risk.

En nackdel med enkätundersökningar är att respondenten inte har någon möjlighet att ställa frågor om det är något som är oklart (Ejlertsson, 2005). Detta kan leda till att svar grundar sig på missuppfattningar. Problemet kan minimeras genom att ha klara och väl genomarbetade frågor och svarsalternativ. En enkätundersökning ger således inte möjlighet till alltför invecklade frågor. Det går heller inte att ställa oplanerade följdfrågor. Om enkäten innehåller öppna frågor ger de enbart en viss möjlighet till fördjupning. Detta hade vi i åtanke när vi utformade enkäten.

Utformning av enkäten

Vid utformningen av enkäten har vi använt oss av Websurvey, vilket är ett webbaserat program för enkäter, undersökningar, datainsamling och rapporter (Websurvey, 2007). Detta system användes även vid den tidigare kartläggningen. Enkäten delades upp i två

delar. Den första delen består av samma frågor som i den tidigare kartläggningen. Den andra delen består av följdfrågor som vi har utformat för att få en djupare inblick av arbetet som utförs i kommunerna/stadsdelarna i regionen mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Vi delade upp enkäten i två delar för att kunna jämföra resultatet i vår undersökning med den tidigare undersökningen. På detta vis motsvarar del ett i vår enkät den enkät som användes i den tidigare kartläggningen och de är därmed jämförbara med varandra.

Vi valde att begränsa antalet öppna frågor, eftersom öppna frågor kan leda till en stor variation av svar som kan vara svåra att sammanställa (Ejlertsson, 2005). Dessutom kan öppna frågor leda till ett stort bortfall då de anses vara mer krävande att besvara, jämfört med frågor med förutbestämda svarsalternativ.

Enligt Ejlertsson (2005) är det lämpligt att testa enkäten i en provundersökning, ofta benämnd pilotstudie, innan den används. Detta för att ta reda på om respondenterna uppfattar frågor och svar som planerats, eller om de tolkar dem så att de får en annan innebörd. Vid utformningen av enkäten tog vi hjälp av vår handledare och uppdragsgivare för att få respons på frågorna och svarsalternativen. Vi lät även en folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare testa enkäten för att få ytterligare åsikter. Efter detta gjorde vi ett par justeringar vilket ledde fram till enkätens slutgiltiga form (se Bilaga 1).

Följebrev

Enkätundersökningar ger vanligtvis ett visst och ibland även ett betydande bortfall (Ejlertsson, 2005). För att få ett så litet bortfall som möjligt har vi försökt motivera respondenterna till att medverka. Detta kan göras genom att tydligt visa undersökningens syfte samt genom att försöka relatera syftet till individens egna mål (Patel & Davidsson, 2003). Genom att betona individens viktiga roll i undersökningen minskas sannolikt antalet bortfall. Med detta i åtanke utformade vi ett följebrev som skickades med enkäten (se Bilaga 1).

4.2 Urval

Västra Götalandsregionen består av 49 kommuner och 21 stadsdelar (Västra Götalandsregionen, 2008a). Det finns en folkhälsosamordnare/folkhälsoplanerare i varje kommun och stadsdel, med undantag från en kommun, dvs. totalt 69 stycken. Studien har riktat sig mot samtliga folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare inom regionen (69 stycken). Även den ursprungliga kartläggningen riktades mot samtliga folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare inom regionen (69 stycken).

4.3 Datainsamling

Enkäten med följebrev skickades ut via e-post den 16 mars 2009 till samtliga 69 stycken folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare i Västra Götalandsregionen. Den 20 mars 2009 angavs som sista datum för inlämning av enkäten. Utskicket sändes via en kollega till respondenterna. Vi valde detta tillvägagångssätt i förhoppning om att få en ökad svarsfrekvens, jämfört med om de fått e-post från oss dvs. en okänd avsändare. Svaren registrerades via Websurvey. En påminnelse om att besvara enkäten skickades ut den 19 mars 2009 (se Bilaga 2). Den 20 mars 2009 (sista inlämningsdag) hade 19 svar registrerats. På grund av det låga antalet svar förlängdes svarsperioden. Den 30 mars 2009 skickade vi ytterligare en påminnelse (se Bilaga 3). Under vecka 14, 2009 försökte

vi via telefonsamtal nå samtliga som vid det tillfället inte hade besvarat enkäten (44 stycken) för att påminna om den och på så vis få in fler svar. Den slutgiltiga inlämningsdagen sattes till den 24 april 2009.

4.4 Dataanalys

Svaren från enkäten bearbetades genom det webbaserade dataprogrammet Websurvey. Resultaten presenteras i form av figurer där det framgår hur många som har besvarat frågan samt hur svarsalternativen har fördelats i form av siffervärden och procent. Beroende på frågans formulering är procentsatsen i figurerna antingen fördelad efter antal svarande på frågan eller efter antalet som besvarat enkäten. Vid frågor där det är möjligt att välja flera svarsalternativ är procentsatsen fördelad efter antal svarande på frågan. Frågor där det enbart går att välja ett svarsalternativ är procentsatsen fördelad efter det totala antalet svarande på enkäten. Detta framgår av figurerna för respektive fråga. Vid presentationen av resultatet i form av text har vi använt oss av samma tillvägagångssätt. Då presenteras antal svaranden på frågan eller enkäten i siffervärden.

Även dataprogrammet Excel har använts vid bearbetning av datan. Datan har då bearbetas genom att tilldelas siffervärden. Excel har också används vid framställningen av tabell 1 (se sid. 28).

Under bearbetningen av svaren framkom en del oklarheter. Några följdfrågor besvarades av ett större antal personer jämfört med hur många som "borde" ha besvarat följdfrågorna enligt svaren på grundfrågan. Vi valde att ringa upp några av respondenterna för att reda ut dessa oklarheter. När vi har ansett att detta har skapat problem i tolkningen av resultatet har vi kommenterat det. Enbart vid tre sammanhängande följdfrågor (2a-c) ansåg vi att det var nödvändigt, se vidare under rubriken "Slutsats policy/handlingsprogram".

4.4.1 Internt bortfall

Det förekommer en del internt bortfall, vilket innebär bortfall på enstaka frågor (Ejlertsson, 2005). Det är viktigt att ta hänsyn till det interna bortfallet då det kan påverka slutsatserna som dras av svarsfördelningen. Det interna bortfallet för varje fråga framgår därför vid redovisningen av resultatet i denna undersökning. Vid redovisningen av resultatet av del ett av enkäten framkommer det interna bortfallet i tabell 1 (se sid. 28). I resultatet av enkätens andra del framgår det interna bortfallet i textavsnittet och/eller i figuren till den aktuella frågan.

4.5. Etiska överväganden

Inom den Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningen finns forskningsetiska principer (HFSR, 1991). De forskningsetiska principerna syftar till att ge normer för förhållandet mellan forskare och undersökningsdeltagare/uppgiftslämnare så att god avvägning kan ske mellan forskningskravet och individskyddskravet vid en eventuell konflikt. Till grund i de forskningsetiska principerna ligger något som kallas individskyddskravet. Detta krav har delats upp i fyra övergripande krav: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet.

Vår undersökning innehöll dock inga känsliga personuppgifter utan folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna besvarade frågorna från annan myndighet i sin tjänstutövning. Någon etisk prövning behövde därför inte göras enligt Centrala

etikprövningsnämndens praxis när det gäller forskningsbegreppet (Centrala etikprövningsnämnden, 2007).

4.6. Tillförlitlighet

Vid genomförandet av informationsinsamling är det av stor vikt att vara observant på materialets trovärdighet och det är betydelsefullt att kritiskt granska använda källor (Patel & Davidsson, 2003). Två begrepp som då blir aktuella är validitet och reliabilitet. De fakta som presenteras måste även vara ”sannolika”, dvs. så sanningsenliga som möjligt. För att kunna bedöma sannolikheten är det viktigt att ta reda på när, var och varför dokumenten har tillkommit samt vem som framställt dem. Detta har vi haft som utgångspunkt under arbetets gång.

4.6.1 Validitet och reliabilitet

För att ha en god validitet måste det klart framgå att det som undersökts är det vi avser att undersöka (Patel & Davidsson, 2003). Utmaningen gällande validitet är således att samlas in data som är relevant för syftet. Ett sätt att ta reda på detta är att låta någon utomstående som är insatt i problemet kontrollera enkäten, vilket i vårt fall gjordes av vår handledare, uppdragsgivare samt en folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare. Utformningen av enkäten är av central betydelse för att få svar som är relevanta. Validiteten i studien kan även stärkas genom att tolkning och analys av resultatet kopplas till den teori vi beskrivit i bakgrunden.

Reliabilitet innebär mätningarnas pålitlighet, där mätningar i stort sett ska ge identiska resultat oberoende av vem som utför dem, för att undersökningen ska ha en hög reliabilitet (Eriksson & Wiedersheim, 1997). För att förstärka reliabiliteten vid en enkätundersökning gäller det att försäkra sig om att respondenterna uppfattar den som vi önskar (Patel & Davidsson, 2003). Instruktionerna till enkäten, dess utformning och frågornas formulering spelar därför en väsentlig roll. Även när det gäller en studies reliabilitet, är det således lämpligt att testa enkäten i förväg vilket vi, som nämndes ovan, gjorde. Det går dock inte att garantera studiens reliabilitet förrän enkäten blivit besvarad. Först då går det att utläsa om respondenterna uppfattat instruktionerna rätt, om det var flera frågor som hoppades över, osv. Ett omdöme om enkäten kan alltså inte göras förrän resultatet har samlats in och bearbetats.

5. Resultat och diskussion

Vi har valt att redovisa resultatet från enkätundersökningen följt av en diskussion i samma avsnitt. Enligt Backman (2008) kan detta vara ett lämpligt tillvägagångssätt vid framförandet av resultatet av en enkätundersökning fråga för fråga (Backman, 2008). Presentationssättet underlättar för läsaren då det annars kan vara svårt för läsaren att minnas de olika utfallen senare i diskussionsavsnittet. Enkäten besvarades av 56 av totalt 69 folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare, vilket ger en svarsfrekvens på 81 procent.

5.1 Vad pågår/planeras i dagsläget?

Svaren från del ett av enkätundersökningen 2009 gav följande resultat: Majoriteten (49/56) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna uppgav att problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordningen i kommunens arbete. Drygt en tredjedel av respondenterna (21/56) svarade att de hade ett handlingsprogram, och ungefär en femtedel (12/56) angav att de hade påbörjat ett arbete med att ta fram ett handlingsprogram. Flertalet (45/56) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna angav att det pågick ett projekt inom området. Ytterligare ett par stycken (4/56) svarade att de har planer på att starta sådant arbete. Drygt hälften (33/56) angav att de har någon form av utvärdering av projekt eller insatser. Två tredjedelar (37/56) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna uppgav att de har tillgång till statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Majoriteten (47/56) av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna svarade att de samverkade med andra enheter utanför den egna förvaltningen kring dessa frågor.

5.2 Hur ser det pågående/planerade arbetet ut 2009 jämfört med 2005?

Tabell 1 (nedan) visar en sammanställning av resultatet från enkätundersökningen 2005 samt från del ett 2009. Av tabellen framgår att problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordningen i ungefär lika stor utsträckning 2009 jämfört med 2005. Fler har angett att de har policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt eller fetma hos barn och ungdomar 2009 jämfört med 2005. Det är även fler som har pågående arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar 2009 jämfört med 2005. Färre har uppgett att det pågår arbete för att skapa policy eller handlingsprogram 2009 jämfört med 2005. År 2009 är det även färre som har angett att pågående arbete eller projekt planeras jämfört med 2005. Att det finns fler policy/handlingsprogram 2009 jämfört med 2005 samt att färre uppger att det pågår arbete med att skapa policy/handlingsprogram tyder på att avsikterna från 2005 har genomförts. Liknande mönster kan ses gällande pågående projekt/arbeten.

Uppföljning/utvärdering av olika insatser har gjorts i betydligt större utsträckning 2009 jämfört med 2005, enligt resultatet. 2009 har något fler angett att det finns statistik för att följa utvecklingen av övervikt/fetma hos barn/ungdom i deras område/verksamhet, jämfört med 2005. Resultatet av frågan om de samverkar i sin kommun med andra enheter/annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt/fetma hos barn/ungdomar visar på att det skett en marginell ökning av samverkan i kommunen.

Tabell 1. Sammanställning av enkätresultaten från 2005 samt från del ett 2009.

Frågor	2005		2009		2005		2009		2005		2009		2005		2009		2005		2009	
	Ja	%	Ja	%	Nej	%	Nej	%	Vet ej	%	Vet ej	%	Planeras/arb. pågår	%	Planeras/arb. pågår	%	Ej svarat	%	Ej svarat	%
1	50/59	85%	49/56	88%	9/59	15%	5/56	9%	*	*	*	*	*	*	*	*	0	0%	2/56	4%
2	7/59	12%	21/56	38%	26/59	44%	19/56	34%	1/59	2%	3/56	5%	23/59	39%	12/56	21%	2/59	3%	1/56	2%
3	37/59	63%	45/56	80%	8/59	14%	6/56	11%	2/59	3%	1/56	2%	12/59	20%	4/56	7%	0	0%	0	0%
4	15/59	25%	33/56	59%	12/59	20%	8/56	14%	7/59	12%	14/56	25%	23/59	39%	*	*	2/59	3%	1/56	2%
5	32/59	54%	37/56	66%	13/59	22%	12/56	21%	14/59	24%	6/56	11%	*	*	*	*	0	0%	1/56	2%
6	45/59	76%	47/56	84%	14/59	24%	8/56	14%	*	*	*	*	*	*	*	*	0	0%	1/56	2%

Frågor

1. Har problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar tagits upp på dagordningen för dig som folkhälsoplanerare i kommunen?
2. Har ni någon policy eller något handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt eller fetma hos barn och ungdomar?
3. Har ni något pågående arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar?
4. Görs någon uppföljning/utvärdering av insatserna?
5. Finns det i ditt område/din verksamhet statistik för att följa utvecklingen av övervikt/fetma hos barn/ungdom?
6. Samverkar ni i er kommun med andra enheter/ annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt/fetma hos barn/ungdomar?

* Ej möjligt svarsalternativ

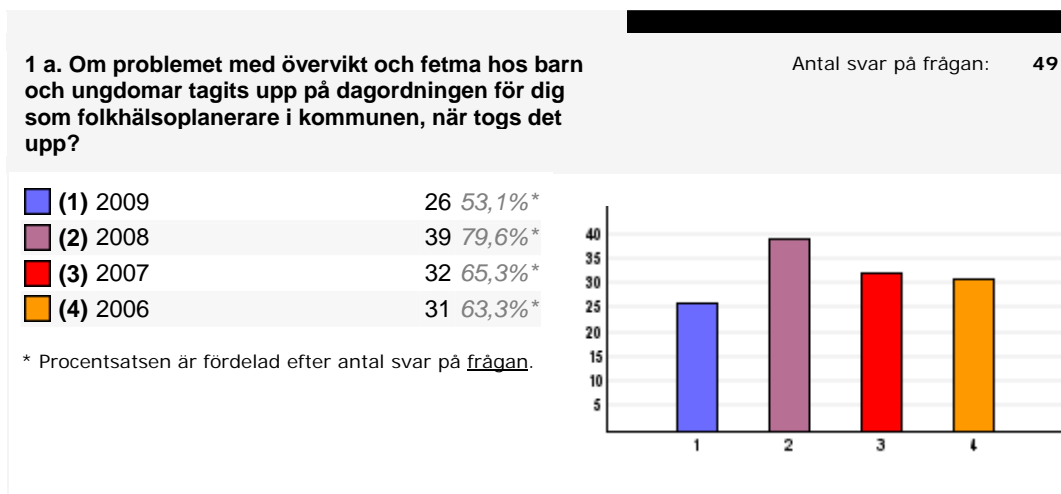
Det är ungefär lika många som har svarat på enkäten 2009 jämfört med 2005 (56/69 respektive 59/69). Det skiljer något mellan vilka kommuner/stadsdelar som har svarat 2009 jämfört med 2005. Enkätens utformning är inte exakt den samma vid de olika tillfällena då enkäten 2009 även innehåller följdfrågor. Detta gör att resultaten inte är direkt jämförbara med varandra. Vissa tendenser kan dock ändå utläsas. Tabell 1 visar att det har skett en ökning av arbetet angående övervikt och fetma hos barn och ungdomar på de olika områdena som frågorna tar upp. Ökningen är tydligare på vissa frågor jämfört med andra. Utvecklingen tyder på att problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har blivit något mer uppmärksammat hos folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare 2009 jämfört med 2005.

5.3 Hur sker det pågående/planerade arbetet?

I detta avsnitt presenteras svaren från del två av enkätundersökningen 2009.

5.3.1 Övervikt och fetma på dagordningen

Vid en jämförelse över åren 2006-2009 angående huruvida problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordning, ses en liten ökning från 2006-2008 (se figur 5). Problemet har inte tagits upp i lika stor utsträckning under år 2009.

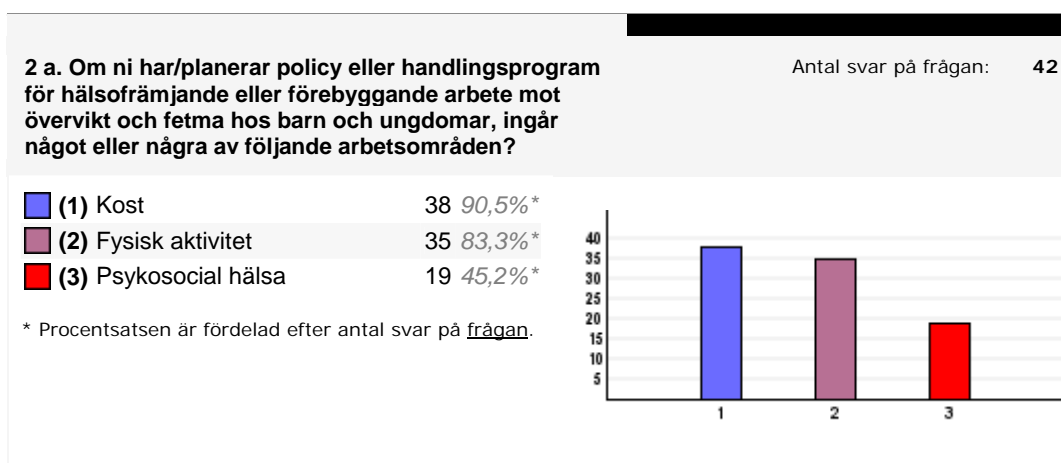


Figur 5. Svar på fråga 1a.

Frågan styrker den utveckling vi tidigare sett i jämförelsen mellan enkäten del ett 2009 och enkäten 2005, då vi ser en liten ökning av huruvida problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordning från 2006 till 2008. En orsak till att frågan inte uppmärksammats under 2009 i lika stor utsträckning kan vara att enkäten besvarats i början av 2009, eventuellt hade siffran blivit högre om frågan ställts efter årets slut.

5.3.2 Policy/Handlingsprogram

Kost och fysisk aktivitet är två arbetsområden som ofta ingår i policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar (se figur 6). Psykosocial hälsa är ett arbetsområde som inte ingår i lika stor utsträckning.



Figur 6. Svar på fråga 2a.

En modell (se figur 4) i studien *Health Behaviour in Schoolaged Children* (Mathieson, 2006) visar att kost, fysisk aktivitet samt psykisk hälsa är viktiga faktorer som påverkar övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Det är därför viktigt att arbeta med dessa områden för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Det är främst effekterna av insatser gällande kost och fysisk aktivitet

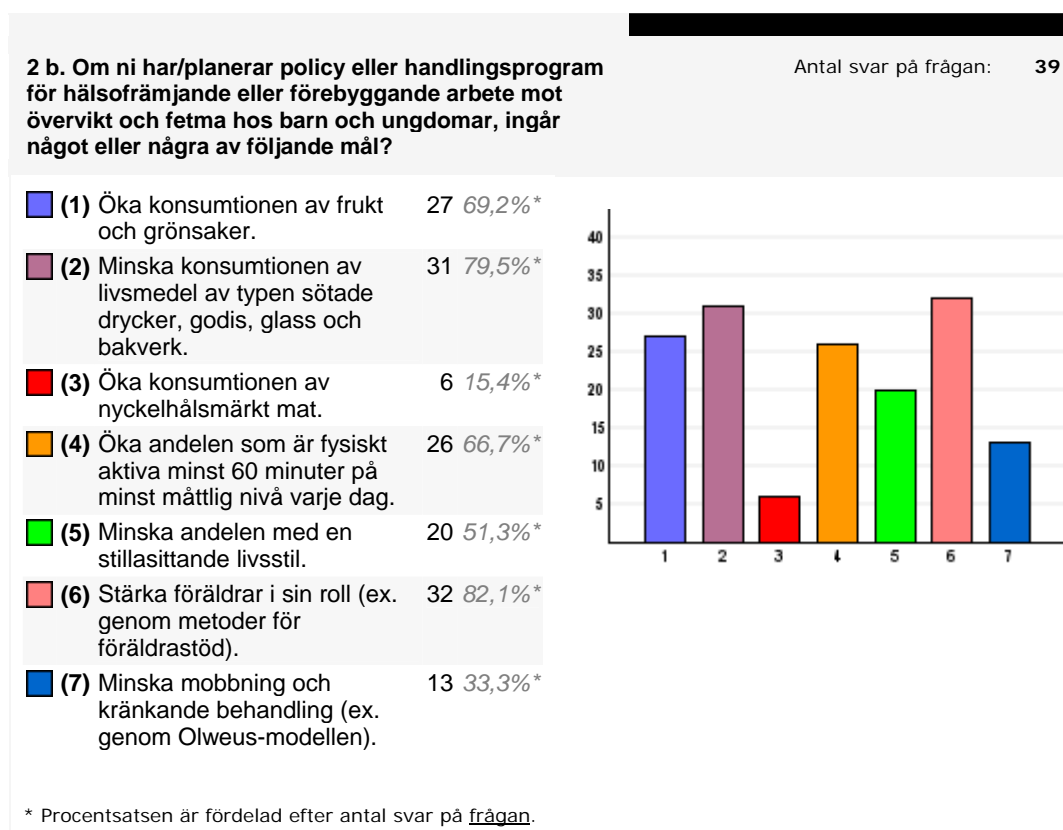
som har undersökts i de studier vi har tagit upp i uppsatsen. Detta beror på att det finns mer studier inom de områdena jämfört med psykosocial hälsa när det gäller övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Att det är vanligare att kost och fysisk aktivitet ingår i policy eller handlingsprogram jämfört med psykosocial hälsa kan bero på att de två först nämnda arbetsområdena är mer etablerade och att det finns mer forskning kring dem i detta sammanhang.

Mål i policy/handlingsprogram

Figur 7 visar att i majoriteten av existerande policy och handlingsprogram, för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar, ingår följande mål:

- Öka konsumtionen av frukt och grönsaker.
- Minska konsumtionen av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass och bakverk.
- Öka andelen som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag.
- Minska andelen med en stillasittande livsstil.
- Stärka föräldrar i sin roll (ex. genom metoder för föräldrastöd).

Målen ”öka konsumtionen av nyckelhälsmärkt mat” samt ”minska mobbning och kränkande behandling (ex. genom Olweus-modellen)” ingår inte i lika stor utsträckning (se figur 7).



Figur 7. Svar på fråga 2b.

I ”Handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen” skriven av Andersson och Ågreen (2005) anges de fem första alternativen i frågan (2b) som mål att uppnå för att främja folkhälsan. Resultatet visar att detta är områden, med undantag

från alternativ 3 (öka konsumtionen av nyckelhålsmärkt mat), som ingår i flera policys och handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Att stärka föräldrar i sin roll t.ex. genom metoder för föräldrastöd (svarsalternativ 6) är en insats som bör göras enligt folkhälsopolitikens målområde 3 (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Det är även något som rekommenderats att satsa på i både handlingsprogrammet och rekommendationerna mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen.

Att minska mobbing och kränkande behandling (ex. genom Olweus-modellen) (svarsalternativ 7) kan ge goda hälsoeffekter hos barn och ungdomar. Att detta område i regel inte ingår i policy eller handlingsprogram mot övervikt och fetma kan bero på att mobbing inte kopplas ihop med övervikt och fetma. Eventuellt finns program mot mobbing och kränkande behandling på skolor även om de inte framkommer i denna fråga.

Orsaker till att policy/handlingsprogram saknas

Ett fåtal anger att den främsta orsaken till det inte finns någon policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar beror på brist på resurser (6/33) eller att det inte är prioriterat eller lågt prioriterat (5/33) (se Bilaga 4, figur 12). Majoriteten (22/33) angav andra orsaker som exempelvis:

Vi samverkar kring flera gemensamma insatser men har inte fäst dem på papper i ett regelrätt handlingsprogram.

Det finns ett arbete som drivs via primärvården, detta deltar vi i. Vi gör mycket men har ingen plan. Skolor/förskolor har ett eget arbete fast inte så planerat. Detta är också resultatet av en prioritering.

Att kommuner/stadsdelar inte har någon policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar behöver inte betyda att det inte pågår arbete inom området, vilket framgår av ovanstående citat.

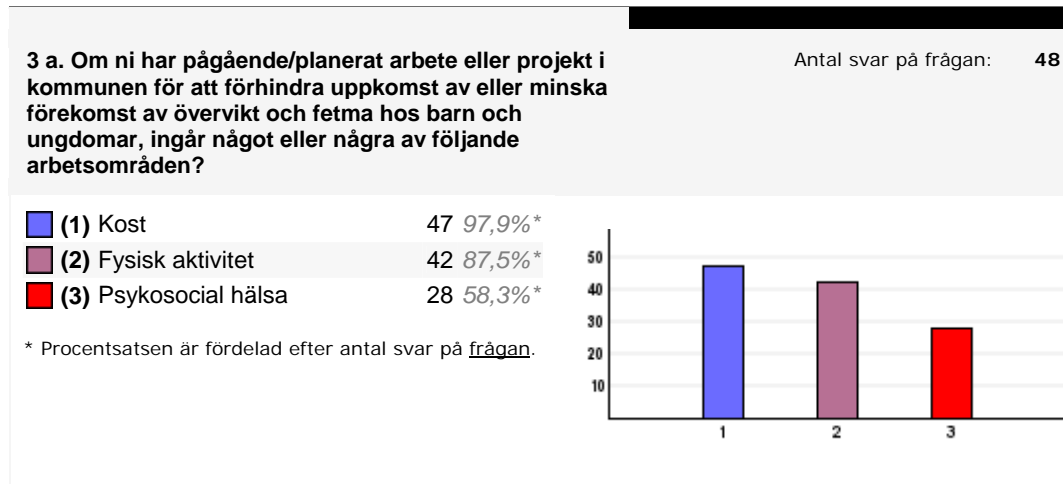
Slutsats policy/handlingsprogram

Vid analysering av ovanstående resultat har vi haft följande i åtanke: på grundfrågan 2 svarade 33 stycken ”ja” eller ”arbete pågår” (se tabell 1). Tanken var att dessa 33 skulle besvara följdfrågan 2 a-b. Frågorna har dock besvarats av fler (42 respektive 39). Vidare svarade 19 stycken ”nej” på grundfrågan. Följdfrågan på ”nej”- alternativet besvarades av 33 stycken (således av 14 stycken fler än vad frågeställningen avsåg). Detta har vi tolkat som att vissa kommuner/stadsdelar arbetar med de angivna områdena även om de inte ingår i policy eller handlingsprogram. Denna tolkning bekräftade vi genom telefonsamtal med några av respondenterna samt genom kommentarerna på fråga 2 c. Andra slutsatser vi kan dra av dessa frågor är att de tre kategorierna kost, fysisk aktivitet och psykosocial hälsa ingår i flera policys och handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Vissa av de arbetsområden svarsalternativen föreslår förekommer mer än andra. Exempelvis ingår i regel inte arbetsområdet ”minska mobbing och kränkande behandling t.ex. genom Olweus-modellen” (alternativ 7) i policy eller

handlingsprogram mot övervikt och fetma. Det kan bero på att mobbing inte kopplas ihop med övervikt och fetma i lika stor utsträckning.

5.3.3 Arbeten/Projekt

I arbeten eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar ingår i regel kost och fysisk aktivitet (se figur 8). Psykosocial hälsa är ett arbetsområde som inte ingår i lika stor utsträckning.



Figur 8. Svar på fråga 3a.

Svaren på denna fråga påvisar att valet av de olika arbetsområdena stämmer överens med arbetsområdena i policy och handlingsprogrammen.

Områden som ingår i arbeten/projekt

I majoriteten av pågående/planerat arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar ingår följande områden (se figur 9):

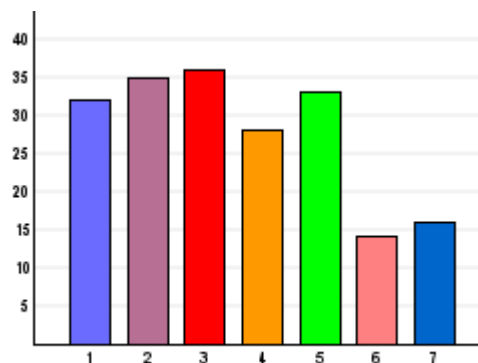
- Förskolans kost, att Livsmedelsverkets "riktlinjer för barnomsorg" används.
- Skolans kost, att Livsmedelsverkets "riktlinjer för skollunch" används.
- Skolcaféer, att livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass eller bakverk inte säljs
- Förskolans utemiljö, för att främja fysisk aktivitet.
- Skolans utemiljö, för att främja fysisk aktivitet.

Ungefär en tredjedel av dem som svarat på fråga 3 b har angett att de arbetar med att skapa en trygg inomhusmiljö i förskolan (14/46) och i skolan (16/46).

3 b. Om ni har pågående/planerat arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar, ingår någon/några av följande områden?

Antal svar på frågan: 46

■ (1) Förskolans kost, att Livsmedelsverkets "riktlinjer för barnomsorg" används.	32	69,6%*
■ (2) Skolans kost, att Livsmedelsverkets "riktlinjer för skollunch" används.	35	76,1%*
■ (3) Skolcaféer, att livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass eller bakverk inte säljs.	36	78,3%*
■ (4) Förskolans utemiljö, för att främja fysisk aktivitet.	28	60,9%*
■ (5) Skolans utemiljö, för att främja fysisk aktivitet.	33	71,7%*
■ (6) Förskolans inomhusmiljö, är trygg.	14	30,4%*
■ (7) Skolans inomhusmiljö, är trygg.	16	34,8%*



* Procentsatsen är fördelad efter antal svar på frågan.

Figur 9. Svar på fråga 3b.

Återigen var det fler som svarade att de arbetar med de områden som rör kost (svarsalternativ 1-3) och fysisk aktivitet (svarsalternativ 4-5) jämfört med psykosocial hälsa (svarsalternativ 6-7).

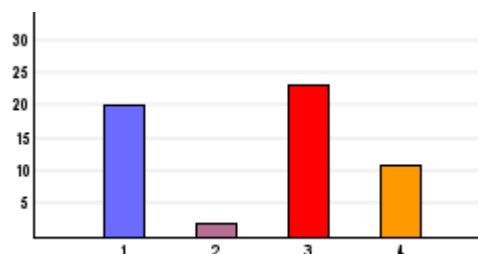
5.3.4 Uppföljning/Utvärdering av insatser

Knappt hälften (20/45) uppgav att uppföljning/utvärdering av insatser visat att insatserna har gett positivt resultat (se figur 10). Ungefär en lika stor andel (23/45) angav att de inte visste om insatserna gett positivt resultat.

4 a. Om uppföljning/utvärdering av insatserna görs, har någon/några av insatserna gett positiva resultat?

Antal svar på frågan: 45

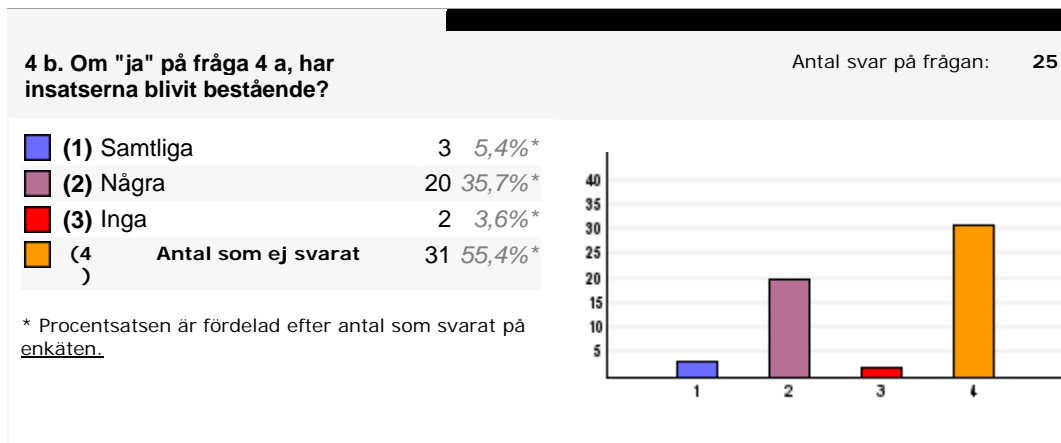
■ (1) Ja	20	35,7%*
■ (2) Nej	2	3,6%*
■ (3) Vet ej	23	41,1%*
■ (4) Antal som ej svarat	11	19,6%*



* Procentsatsen är fördelad efter antal som svarat på enkäten.

Figur 10. Svar på fråga 4a

Av dem som svarat att insatserna gett positiva resultat har endast tre angett att samtliga insatser blivit bestående (se figur 11). De flesta (20/25) har angett att några insatser blivit bestående medan 2/25 svarat att inga insatser som gett positiva resultat har blivit bestående.



Figur 11. Svar på fråga 4b.

Resultaten av fråga 4a tyder på att det är många som inte vet om insatserna ger positivt resultat eller inte. Detta kan tolkas som att utvärderingarna inte är effektiva. Om utvärderingarna hade fungerat bättre är det möjligt att fler hade svarat "samtliga" (svarsalternativ 1) på fråga 4b, dvs. att fler insatser som gett positivt resultat hade blivit bestående. En annan förklaring kan vara att det är svårt att utvärdera insatserna. Även om insatser leder till positiva resultat kan det vara svårt att utläsa det. En litteraturöversikt över studier för förebyggande av fetma hos barn och ungdomar som har gjorts av SBU (2004) styrker detta resonemang. Den litteraturöversikten visade att en tredjedel av förebyggande insatser gav ett positivt resultat. Övriga visade neutralt resultat och ingen visade ett negativt resultat. Att majoriteten (2/3) av studierna inte visade positiv effekt av insatserna tyder på att det är ett svårt område, enligt SBU. Även om utvärdering är ett svårt område är det, enligt SESAME-modellen, ett mycket viktigt steg i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet (Haglund & Svanström, 1992).

5.3.5 Statistik

För att följa utvecklingen av övervikt och fetma ställdes frågan om hur statistik fås fram inom de olika vårdområdena; mödrahälsovården, barnhälsovården samt skolhälsovården. Denna frågeställning gav ett stort bortfall (se Bilaga 4, figur 13, 14 och 15). Det var endast ett fåtal som angav att de metoder svarsalternativen föreslog används (manuella journaler, Profdoc och Medidoc). De flesta av respondenterna angav alternativet "annat" och kommenterade att de inte visste svaret. De få svar som registrerats visar att svarsfördelningen är spridd över de olika metoderna. Det går således inte att utläsa att någon metod förekommer mer än någon annan.

Utifrån det stora bortfallet samt de kommentarer som respondenterna angav drar vi slutsatsen att det var många som inte visste vilken metod som används för att få fram statistik från dessa vårdområden. Av de få som svarat kan vi utläsa att svarsfördelningen är spridd över de olika metoderna, vilket tyder på att det inte finns någon enhetlig metod att föra statistik inom de olika vårdområdena.

5.3.6 Samverkan

Majoriteten (48) av respondenterna har besvarat frågan "Om ni i er kommun/stadsdel samverkar med andra enheter/annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar, vilka samverkar ni med?" (se Bilaga 4, figur 16). Flera har angett att de samverkar med primärvården,

folktandvården, förskola, skola och föreningar. Svenska kyrkan och olika hälsoprojekt är andra samarbetspartners som nämndes.

Ett sätt att samverka är att vara medlem i Skolmatsakademin. Då Skolmatsakademin är ett nätverk som syftar till att lyfta fram kunskap om goda matvanor och hur maten påverkar miljön (Västra Götalandsregionen, 2009) kan detta vara ett lämpligt sätt att samverka i arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. 22/52 har angett att deras kommun/stadsdel är medlem i Skolmatsakademin (se Bilaga 4, figur 17). En något större andel (30/52) har svarat att deras kommun/stadsdel inte är medlem i Skolmatsakademin.

5.3.7 Dokument gällande övervikt och fetma

Under 2008 togs ett regionalt handlingsprogram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma fram inom Västra Götalandsregionen. Handlingsprogrammets vårdprogram är utformat som ett webbaserat beslutstöd. På frågan om respondenterna kände till det webbaserade beslutstödet svarade en övervägande andel (38/54) att de kände till det (se Bilaga 4, figur 18). 16/54 svarade att de inte kände till det. Av dem som kände till det webbaserade beslutstödet (38) var det 16 som angav att de använde sig av det och några fler (22) som angav att de inte använde sig av det (se Bilaga 4, figur 19).

Under 2008 togs rekommendationer fram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar inom Västra Götalandsregionen. Fler än hälften (36/52) svarade att de kände till rekommendationerna (se Bilaga 4, figur 20). 16/52 angav att de inte kände till rekommendationerna. På frågan om de använde sig av rekommendationerna svarade 25/41 att de använde sig av dem och 16/41 angav att de inte använde sig av dem (se Bilaga 4, figur 21).

2005 togs "*Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet*" fram av Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut. En övervägande andel (40/53) svarade att de kände till den medan 13/53 uppgav att de inte kände till den (se Bilaga 4, figur 22). 24/42 angav att de har använt sig av den och 18/42 svarade att de inte har använt sig av den (se Bilaga 4, figur 23).

Resultatet av de ovanstående tre frågorna visade att över hälften av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna svarade att de kände till det webbaserade beslutstödet, rekommendationerna samt underlaget till handlingsplan. Andelen som uppgav att de använde sig av dem var mindre än de som kände till dem. Det är viktigt med gemensamma målområden som vägledning eftersom folkhälsa berör och påverkas av många samhällsområden (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). En orsak till att det inte var fler som kände till och/eller använde sig av dem kan vara att de är relativt nyss framtagna (de togs fram under föregående år, 2008). En annan orsak kan vara att folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare inte har informerats tillräckligt mycket om dem av Västra Götalandsregionen, detta är dock något vi inte har studerat i denna undersökning.

5.4 Metoddiskussion

Vi ville ta reda på vad som i dagsläget pågår eller planeras inom arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen och se om det

har skett någon förändring sedan den tidigare kartläggningen gjordes. Vår förhoppning var att kunna bidra till en positiv utveckling av arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Vårt metodval var att göra en enkätundersökning. Detta valde vi dels för att kunna jämföra resultatet med den tidigare kartläggningen och dels för att vi vände oss till samtliga folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare i Västra Götalandsregionen. Det är även lämpligt med en enkätundersökning då studien sträcker sig över ett relativt stort område. Om vi exempelvis valt att genomföra intervjuer istället, vilket kunde ha gett oss en mer detaljerad bild, hade vi fått begränsa oss till att enbart intervjua några få. Vi anser att vårt val av metod i undersökningen var riktigt för att uppfylla vårt syfte.

Då den ursprungliga kartläggningen riktades mot samtliga folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare inom regionen valde vi att i denna undersökning rikta oss mot samma urval för att få ett jämförbart resultat. Även vid våra följdfrågor ansåg vi det lämpligt att rikta oss mot samtliga folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare inom regionen för att få en så bra bild som möjligt av deras arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. I efterhand så upplever vi att urvalet var bra då respondenterna gav oss en god bild av arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i regionen.

Enligt Ejlertsson (2005) ger enkätundersökningar vanligtvis ett visst och ibland även ett betydande bortfall. Efter påminnelser och påringningar besvarade 56 stycken enkäten, vilket ger en svarsfrekvens på 81 procent. Med tanke på den låga svarsfrekvensen vid det första utsatta slutdatumet för inskickningen av enkäten, var det tydligt att vi angett en för kort svarsperiod. Tidsbrist och flera förfrågningar av besvarande av andra enkäter framkom som förklaringar till varför de tillfrågande inte hade svarat på enkäten vid påringningarna. För att få en högre svarsfrekvens kunde vi gett respondenterna mer tid genom att ha valt en längre svarsperiod, dock justerades detta i efterhand. Även ett bättre val av tidpunkt med hänsyn till andra enkätutskick hade eventuellt kunnat öka svarsfrekvensen, tyvärr var detta något vi inte kunde påverka.

Enkätens utformning (bestående av två delar – med grundfrågor följt av följdfrågor) befarade vi kunde skapa missförstånd hos deltagarna. Att valet ändå föll på den utformningen berodde på att resultatet skulle vara jämförbart med den ursprungliga enkätundersökningen. Under bearbetningen av resultatet framkom det att det skett vissa missförstånd. Vi behandlade detta genom att ringa upp en del respondenter för att klargöra deras svar. På så vis ansåg vi att problemet hanterades på ett konstruktivt sätt och svaren därför var användbara. Vi hade kunnat hantera problemet på andra sätt, exempelvis genom att rensa bort de ”felaktiga” svaren. Då hade vi fått ett mer riktigt svar utifrån hur frågan var ställd. Vi ansåg dock att den information vi fick fram ändå var intressant och relevant med tanke på vårt syfte. Svaren redovisas därför utan bortrensning av de ”felaktiga” svaren.

Det är viktigt att ha klara och väl genomarbetade frågor och svarsalternativ enligt Ejlertsson (2005), vilket vi försökte förverkliga. Att det förekom en del ”felaktiga” svar antyder dock att vissa frågor var otydliga eller svåra att besvara. Om följdfrågorna hade ställts i direkt anslutning till grundfrågan, istället för i en avskild del, är det möjligt att följdfrågorna hade besvarats så som avsetts. Denna utformning av enkäten var dock, som sagt, inte ett möjligt alternativ eftersom resultatet då inte hade varit jämförbart med den tidigare kartläggningen. En annan förklaring till att frågorna besvarades felaktigt kan vara att följdfrågorna var långa, vilket var något vi inte kunde påverka då den redan existerande enkäten låg som grund. Det kan ha medfört att respondenterna

missuppfattade innebörden av vissa följdfrågor. Denna utformning av frågorna kan också vara en förklaring till att det förekommer en del internt bortfall.

Sammanfattningsvis är vi nöjda med utförandet och utfallet som enkäten gav. Enkätundersökningars reliabilitet går inte att garantera förrän enkäten blivit besvarad enligt Patel & Davidsson (2003). Trots vissa brister, som nämnts ovan, kunde vi se vid bearbetandet av resultatet att respondenterna överlag hade uppfattat instruktionerna rätt, att det endast var ett fåtal frågor som hoppats över och/eller besvarats felaktigt. Vi tror även att undersökningen hade resulterat i liknande resultat om någon annan hade utfört den under samma förhållanden. Utifrån detta anser vi att undersökningens reliabilitet är god. Även undersökningens validitet anser vi vara god då vi lyckats samlat in data som är relevant för syftet.

6. Generell diskussion

I detta avsnitt sammanfattas resultat och diskussionsavsnittet tillsammans med förbättringsförslag kopplat till SESAME- modellen (se figur 4). Vi har valt detta tillvägagångssätt då SESAME-modellen är en vanligt förekommande modell i förebyggande och hälsofrämjande verksamhet (Pellmer & Wramner, 2007).

Steg 1. Identifiera behov och problem

Genom att på dagordningen ta upp och diskutera övervikt och fetma hos barn och ungdomar kan problemet belysas. Resultatet av denna undersökning tyder på att problemet har tagits upp av många folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare på dagordningen samt att problemet har uppmärksammats något mer under de senaste åren. Detta anser vi vara en positiv utveckling då det har stor betydelse för folkhälsan hur barn och ungdomar lever och mår. Under relativt kort tid har det skett en dramatisk ökning av övervikt och fetma (Faskunger, 2008). Barn och ungdomar med övervikt och fetma tenderar att ha övervikt eller fetma även som vuxna (Mathieson, 2006). Vuxna med övervikt och fetma har generellt en kortare livslängd och lider i högre grad av flera olika sjukdomar (WHO, 2006). Regeringen bedömer att barn och ungdomar är en av de viktigaste målgrupperna inom folkhälsoarbetet, då barn och ungdomars uppväxtförhållanden har stor påverkan på både den psykiska och fysiska hälsan under hela livet (Statens folkhälsoinstitut, 2009b). Det är således mycket viktigt att problemet och behovet inom detta område identifieras.

Enligt Haglund & Svanström (1992) kan behov som finns i lokalsamhälle/kommun lyftas fram med hjälp av statistisk data och politiska beslut. Drygt hälften av respondenterna i denna undersökning har angett att det i deras område/verksamhet finns statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma. Eftersom statistik är viktigt för att kunna identifiera problemet anser vi att det vore fördelaktigt, i arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar, om fler hade tillgång till statistik i frågan.

Undersökningen visar även att det var många som inte visste vilken metod som används för att få fram statistik från olika vårdområden samt att det troligtvis inte finns någon enhetlig metod att föra statistik inom de olika vårdområdena. Detta försvårar arbetet att föra statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar.

Steg 2. Etablera samverkan

Majoriteten av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna har angett att deras kommun/stadsdel samverkar med andra enheter/andra verksamheter för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Det är positivt att majoriteten samverkar med andra enheter/andra verksamheter i den aktuella frågan, då det enligt steg två i modellen är viktigt att identifiera samarbetspartners som har gemensamma mål och ansvar (Haglund & Svanström, 1992). Denna undersökning visar dock att knappt hälften av respondenterna angav att deras kommun/stadsdel var medlem i skolmatsakademin, vilket är ett exempel på att samverka. Detta tyder på att det kan ske förbättringar trots att flertalet har angett att det sker samverkan. Då samverkan utgör en central del i folkhälsoarbete (Pellmer & Wramner, 2007) finns det mycket att vinna genom en ökad samverkan.

En viktig del i Skolmatsakademin är att kommuner/stadsdelar ska dela med sig och ta del av andra kommuners/stadsdelars erfarenheter av arbete gällande goda matvanor och

hur maten påverkar miljön. Den typen av nätverk är något kommuner/stadsdelar kan använda sig av även i andra områden för att sprida kunskap sinsemellan.

Steg 3. Planera:

Formulera och precisera mål

Barn och ungdomars uppväxtvillkor, befolkningens fysiska aktivitet och befolkningens matvanor är tre områden som behandlas i de elva folkhälsopolitiska målen (Statens folkhälsoinstitut, 2009a). Vid arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar spelar dessa mål en väsentlig roll. Undersökningen visar att det finns mål angående kost, fysisk aktivitet samt psykosocial hälsa i policy och handlingsprogram. Resultatet visar att det är vanligare att kost och fysisk aktivitet ingår i policy eller handlingsprogram jämfört med psykosocial hälsa. Då samtliga områden kost, fysisk aktivitet samt psykisk hälsa är viktiga faktorer som påverkar övervikt och fetma hos barn och ungdomar (Mathieson, 2006) anser vi att arbetet mot övervikt och fetma kan förbättras genom att i större utsträckning även inkludera psykosocial hälsa.

Vid formulering och precisering av mål kan ett annat hjälpmedel vara att ta del av det handlingsprogram och rekommendationer mot övervikt och fetma som är framtagna för regionen. Resultatet i undersökningen visar att över hälften av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna kände till dessa dokument men andelen som uppgav att de använde sig av dem var nämnvärt mindre. Dokumenten måste användas för att göra någon nytta. Det skulle därför vara fördelaktigt att öka folkhälsoplanerarnas/folkhälsosamordnarnas kännedom och innehåll av dem för att på så vis öka användningen. Detta i sin tur tror vi kan förbättra deras arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar då dokumenten innehåller viktig information i ämnet.

Utveckla strategier

Övervikt och fetma är svårt att behandla och problemet kvarstår ofta i vuxen ålder. Därför är förebyggande strategier det bästa att använda vid inriktning mot barn och ungdomar (Haerens m.fl., 2008a). Ytterligare argument som styrker att det är positivt med förebyggande insatser mot övervikt och fetma är att majoriteten av barn riskerar att drabbas av övervikt och fetma. Strategier som förebygger problemet är därför till nytta för alla barn. Dagens hälsodebatt utgår dock fortfarande till stora delar från ohälsa och sjukdom (Rydqvist & Winroth, 2003). Vad vi kan se utifrån denna undersökning är att det förebyggande och hälsofrämjande arbetet i regionen mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar har ökat 2009 jämfört med 2005. Detta tyder på att utvecklingen i regionen är på väg åt rätt håll.

Steg 4. Utforma genomförandet och mobilisera resurser

I detta steg genomförs den konkreta planeringen av programmet och resurser ses över. För att kunna nå målen är det viktigt att bygga upp ett politiskt beslutande handlingsprogram där samverkan spelar en betydande roll (Pellmer & Wramner, 2007). Undersökningen visar att ungefär hälften av kommunerna/stadsdelarna saknar handlingsprogram eller policy gällande övervikt och fetma hos barn och ungdomar, trots att det är en viktig del för att kunna uppnå ett gott resultat. Att skapa policy eller handlingsprogram är också något som rekommenderas i både handlingsprogrammet och rekommendationerna mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen, 2008b, 2008c). Även detta steg i modellen är således något som skulle kunna förbättras i många av folkhälsoplanerarnas/folkhälsosamordnarnas arbete mot övervikt och fetma bland barn och ungdomar.

Steg 5. Dra igång verksamheten – utveckla stödjande miljöer (program, projekt)

Undersökningen visar att det var många som hade pågående eller planerat arbete/projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Det var endast några få (6/56) som angav att de inte hade det. Vi anser att det är positivt att majoriteten angett att de har pågående eller planerat arbete/projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Med tanke på problemets omfattning tycker vi ändå att samtliga bör ha pågående eller planerat arbete/projekt inom området.

Steg 6. Skapa strukturer för att vidmakthålla och Steg 7. Följ upp och utvärdera

För att få en bestående förändring behövs det, enligt Haglund & Svanström (1992) utvecklas stödsystem med exempelvis utbildning, stödmaterial och nyhetsbrev (steg 6). I nästa steg ska en systematisk uppföljning och utvärdering av genomförandet inrättas (steg 7). Vi väljer här att redovisa dessa steg ihop då vi anser att det inte finns någon poäng med att genomföra steg 6 innan steg 7 har utförts. Detta då det först är i steg 7 som det framgår om projektet eller arbetet har gett ett positivt resultat och det är då det är möjligt att avgöra om projektet ska leda till en bestående förändring.

Resultaten av undersökningen visar att det enbart är omkring hälften av respondenterna som har angett att utvärdering av insatser har gjorts. Det är ännu färre som har angett att de vet om insatserna som görs i kommunerna/stadsdelarna gett positivt resultat eller inte. Detta kan tolkas som att utvärderingarna inte är effektiva. Om utvärderingarna hade fungerat bättre är det möjligt att fler insatser som lett till positivt resultat hade blivit bestående, vilket är en viktig del i arbetet. Förmodligen kan därför arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar förbättras genom att satsa på fler utvärderingar samt effektivisera dem.

Steg 8. Förnya, förstärk och/eller omorientera

Haglund & Svanström (1992) förklarar i det åttonde och sista steget att det bör tas lärdom av erfarenheterna från uppföljningen och utvärderingen. Här ska styrkor och svagheter belysas och utifrån detta skapas nya vägar. Detta föränderliga arbetssätt är kärnan i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

I en översiktsstudie av Summerbell m.fl. (2005) studerades förebyggande insatser. Det konstaterades att de förebyggande insatserna behövdes ses över och förbättras gällande exempelvis utformning, varaktighet och omfattning för att få en bättre effekt av dem. Enligt vad som framkom i denna undersökning finns det brister i uppföljningen och utvärderingen av insatserna i regionen. Därmed är det svårt att dra lärdom från positiva samt negativa erfarenheter från dem och skapa en förändring. I första hand måste utvärderingarna förbättras för att insatserna ska kunna förnyas, förstärkas och/eller omorienteras.

7. Slutsats

Enligt studien arbetar folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götalandsregionen på följande vis:

Vad pågår/planeras i dagsläget?

Majoriteten av folkhälsoplanerarna/folkhälsosamordnarna uppgav att problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar har tagits upp på dagordningen i kommunens arbete. Flertalet har svarat att det pågick projekt inom området samt att de samverkade med andra enheter utanför den egna förvaltningen kring dessa frågor. Över hälften har angett att de har någon form av utvärdering av projekt eller insatser samt att de har tillgång till statistik för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Endast runt en tredjedel har angett att de har policy eller handlingsprogram inom området.

Hur ser arbetet ut 2009 jämfört med 2005?

Resultatet visar att det har skett mer arbete angående övervikt och fetma hos barn och ungdomar 2009 jämfört med 2005.

Hur sker det pågående/planerade arbetet?

Studiens resultat tyder på att arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar kan förbättras. Ett sätt att förbättra arbetet är genom att i större utsträckning inkludera psykosocial hälsa. Resultatet visar att det är vanligare att kost och fysisk aktivitet ingår i policy eller handlingsprogram jämfört med psykosocial hälsa. Detta gäller även i pågående eller planerade projekt/arbeten. Då samtliga områden kost, fysisk aktivitet samt psykisk hälsa är viktiga faktorer som påverkar övervikt och fetma hos barn och ungdomar (Mathieson, 2006) är det viktigt att arbeta med samtliga dessa områden i hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Ett annat område som kan förbättras, enligt studiens resultat, är samverkan med andra enheter/annan verksamhet utanför den egna förvaltningen. Då samverkan utgör en central del i folkhälsoarbete (Pellmer & Wramner, 2007) finns det mycket att vinna genom en ökad samverkan. Även uppföljningen och utvärderingen av insatserna i regionen kan förbättras enligt vad som framkom i denna undersökning. Haglund & Svanström (1992) anser att det är viktigt att ta lärdom av erfarenheterna från uppföljningen och utvärderingen. Detta föränderliga arbetssätt spelar en väsentlig roll i det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

7.1 Förslag till vidare studier

Trots att områdena kost, fysisk aktivitet samt psykisk hälsa är viktiga faktorer som påverkar övervikt och fetma hos barn och ungdomar (Mathieson, 2006) är det främst effekterna av insatser gällande kost och fysisk aktivitet som har undersökts i de studier vi har tagit upp i uppsatsen. Detta beror på att det finns fler studier inom de områdena jämfört med psykosocial hälsa. Mer forskning som inkluderar psykisk hälsa i kombination med kost och fysisk aktivitet skulle kunna, tror vi, förbättra det förebyggande och hälsofrämjande arbetet.

8. Referenser

- Andersson, I. & Ågren, G. (2005). *Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet*. Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (2:a upplagan). Stockholm: Natur och kultur.
- Arbetsförmedlingen (2008). *Folkhälsoplanerare*. Hämtat 2009-04-13 från <http://www.arbetsformedlingen.se/go.aspx?c=107>
- Ayyad, C., & Andersen, T. (2000). Long-term efficacy of dietary treatment of obesity: a systematic review of studies published between 1931 and 1999. *Obesity reviews* 1(2), 113-9.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Centrala etikprövningsnämnden (2007). Centrala etikprövningsnämndens praxis när det gäller forskningsbegreppet. Hämtat 2009-05-12 från <http://www.epn.se/media/5935/forskningsbegreppet%20%20cepns%20praxis,%20oktober%202007.pdf>
- Cole, T., Bellizzi, M., Flegal, K., & Dietz, W. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- Douketis, J-D., Feightner, J-W., Attia, J., & Feldman, W-F. (1999). Periodic health examination. Detection, prevention and treatment of obesity. Canadian Task Force on Preventive Health Care. *Canadian Medical Association Journal*, 160(4), 513-525.
- Eljertsson, G. (2005). *Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Enghardt Barbieri, H., Pearson, M., & Becker, W. (2006). *Riksmaten – barn 2003. Livsmedels- och näringsintag bland barn i Sverige*. Uppsala: Livsmedelsverket
- Eriksson, L-T., & Wiedersheim-Paul, F. (1997). *Att utreda, forska och rapportera*. Malmö: Liber Ekonomi.
- Ewles, L., & Simnet, I. (2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Faskunger, J. (2008). *Barns miljöer för fysisk aktivitet – samhällsplanering för ökad fysisk aktivitet och rörelsefrihet hos barn och unga*. Statens folkhälsoinstitut. Rapportnr: 33.
- Folkhälsoguiden (2008). *Definitioner av folkhälsa och folkhälsoarbete*. Hämtat 2009-03-24 från <http://www.folkhalsoguiden.se/Informationsmaterial.aspx?id=689>
- Guo, S-S., Wu, W., Chumlea, W-C., & Roche, A-F. (2002). Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence.

The American journal of clinical nutrition, 76(3), 653–658.

Haerens, L., m.fl. (2008). Developing the IDEFICS community-based intervention program to enhance eating behaviors in 2- to 8-year-old children: findings from focus groups with children and parents; on behalf of the IDEFICS consortium. *Oxford Journals*, doi:10.1093/her/cyn033 *Health Educ. Res.* First published online 5 Jul 2008.

Haglund, B., & Svanström, L. (1992). *Folkhälsovetenskap: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

Hamerslag, A. (2004). *Kommunernas organisation för folkhälsofrågor år 2003*. Statens folkhälsoinstitut. Rapportnr: 21.

Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) (1991). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtat 2009-05-12 från: <http://www.vr.se/download/18.668745410b37070528800029/HS%5B1%5D.pdf>

Hörnell, A., Lind, T., & Silfverdal, S. (2009). Maten i skolan – långt mellan kostråden och verkligheten. *Läkartidningen*, 106, 287-290.

Jonsson, J. & Bergh, A. (2006). *De 1111 svaren. Kartläggning under 2005 av insatser avseende övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland*. Västra Götalandsregionen.

Lager, A. (2009). *Fetma - utveckling över tid*. Statens folkhälsoinstitut. Hämtad 2009-03-23 från <http://www.fhi.se/sv/Handbocker/Uppslagsverk-barn-och-unga/Fetma---utveckling-over-tid/>

Mathieson, A. (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. WHO. Hämtat 2009-03-19 från <http://www.euro.who.int/document/e89375.pdf>

Medin, J., & Alexandersson, K. (2000). *Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin (2009a). *Folkhälsa*. Hämtat 2009-03-27 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/1%C3%A5ng/folk%C3%A4lsa>

Nationalencyklopedin (2009b). *Förebyggande hälso- och sjukvård*. Hämtat 2009-03-26 från <http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/1%C3%A5ng/f%C3%B6rebyggandeh%C3%A4lsochsjukv%C3%A5rd>

Patel, R., & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder: Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (3:e upplagan). Lund: Studentlitteratur.

Pellmer, K., & Wramner, B. (2007). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Stockholm: Liber AB.

- Renman, C., Nordström, M., & Mangelus, L. (2009). *Sammanställning av årsredogörelser 2008 för skolhälsovården i Göteborg*. Göteborgs Stad. Hämtat 2009-03-24 från [http://www5.goteborg.se/prod/intraservice/namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/9DC7EEBC7074B1B6C125755500681578/\\$File/Arsredogorelse_skolhalsovarden.pdf?OpenElement](http://www5.goteborg.se/prod/intraservice/namndhandlingar/SamrumPortal.nsf/9DC7EEBC7074B1B6C125755500681578/$File/Arsredogorelse_skolhalsovarden.pdf?OpenElement)
- Rydgqvist, L-G., & Winroth, J. (2003). *Idrott, friskvård, hälsa & hälsopromotion*. Farsta: SISU Idrottsböcker AB.
- SBU (2004). *Förebyggande åtgärder mot fetma - En systematisk litteraturöversikt*. Rapportnr: 173. Hämtat 2009-04-07 från http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/fetma_2005.pdf
- Sjöberg, A., Lissner, L., Albertsson-Wikland, K., & Mårild, S. (2008). Recent anthropometric trends among Swedish school children: evidence for decreasing prevalence of overweight in girls. *Acta Pædiatrica*, 97 (1), 118 - 123.
- Socialdepartementet (2008). *En förnyad folkhälsopolitik*. Prop. 2007/08:110. Hämtad 2009-04-29 från <http://www.regeringen.se/sb/d/9251/a/100978>
- Statens folkhälsoinstitut (2009a). *Folkhälsopolitikens elva målområden*. Hämtat 2009-03-27 från <http://www.fhi.se/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/>
- Statens folkhälsoinstitut (2009b). 3. *Barns och ungas uppväxtvillkor*. Hämtat 2009-03-27 från <http://www.fhi.se/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/3-Barns-och-ungas-uppvaxtvillkor/>
- Statens folkhälsoinstitut (2009c). 9. *Fysisk aktivitet*. Hämtat 2009-03-31 från <http://www.fhi.se/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/9-Fysisk-aktivitet/>
- Statens folkhälsoinstitut (2009d). 10. *Matvanor och livsmedel*. Hämtat 2009-03-31 från <http://www.fhi.se/sv/Om-oss/Folkhalsopolitikens-malomraden/10-Matvanor-och-livsmedel/>
- Summerbell, C-D., Waters, E., Edmunds, L., Kelly, S., Brown, T., & Campbell, K-J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3*. Art. No.: CD001871. DOI:10.1002/14651858. CD001871.pub2.
- Västra Götalandsregionen (2008a). *Ett gott liv – en presentation av Västra Götalandsregionen*. Hämtat 2009-04-06 från http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Informati-onsavdelningen/Basinfo/3950_VGR_basinformation_webb_72ppi.pdf?epslanguage=sv

Västra Götalandsregionen (2008b). *Handlingsprogram mot övervikt och fetma i Västra Götalandsregionen*. Hämtat 2009-02-09 från:
http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/HSA/Strategisk%20utvecklingsenhet/Beslutsst%c3%b6d_%c3%b6vervikt%20och%20fetma/Sammanfattning%20f%c3%b6r%20beslutsfattare.doc?epslanguage=sv

Västra Götalandsregionen (2008c). *Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland*. Hämtat 2009-04-06 från
<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/Informationsmaterial/Rekomendationer%20h%c3%a4lsofr%c3%a4mjande071008.pdf?epslanguage=sv>

Västra Götalandsregionen (2009). *Skolmatsakademin*. Hämtat 2009-03-31 från
<http://www.vgregion.se/Regionkansliet/Folkhalsa/Skolmatsakademin/>

Websurvey (2007). *Produktinformation*. Hämtat 2009-04-14 från
https://websurvey.textalk.se/se/start/enkat_info.html

Whitaker, R-C., Wright, J-A., Pepe, M-S., Seidel, K-D., & Dietz, W-H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *The New England journal of medicine*, 25;337(13), 869–73.

WHO (1948). Constitution.

WHO (2006). *Obesity and overweight*. Hämtad 2009-03-19 från
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>

WHO (2009a). *BMI classification*. Hämtad 2009-03-19 från
http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html

WHO (2009b). *Nutrition*. Hämtad 2009-03-19 från
http://www.who.int/nutrition/topics/5_population_nutrient/en/index5.html

Bilaga 1. Följebrev samt enkät

Övervikt och fetma hos barn och ungdomar 2009



Förekomst av barn och ungdomar som har övervikt och fetma är ett stort problem i Sverige och omvärlden. I Västra Götalandsregionen (VGR) har initiativ tagits för att uppmärksamma frågan.

Därför skickas ett frågeformulär till dig angående arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Enkäten skickas till alla folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare i VGR. Detta är en uppföljning på kartläggningen "De 1111 svaren" som gjordes 2005.

Vi är två studenter vid Göteborgs universitet som läser sista terminen på Kost- och friskvårdsprogrammet. Denna undersökning gör vi i samarbetet med Folkhälsokommittén i VGR. Vi vill ta reda på vad som i dagsläget pågår eller planeras inom arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i VGR och se om det har skett någon förändring sedan den tidigare kartläggningen gjordes. Denna undersökning kommer att resultera i en C-uppsats med förhoppning att kunna bidra till en positiv utveckling i arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar. Enkätundersökning är även ett led i en större kartläggning inom VGR för att utveckla arbetet inom detta område.

Enkäten är uppdelad i två delar. Den första delen består av samma frågor som skickades ut 2005 av VGR. Den andra delen består av följdfrågor som vi har utformat för att få en djupare inblick av arbetet mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar som utförs i kommunerna/stadsdelarna i regionen.

Det är av stor vikt för oss att du besvarar alla frågor så noga som möjligt. Dina svar är betydelsefulla, då du som folkhälsoplanerare/folkhälsosamordnare har en bra överblick över vad som händer i kommunen/stadsdelen. Du kommer att få ta del av sammanställningen av undersökningen.

För att kunna få möjlighet att få förtydliganden och reda ut frågor vill vi få in uppgifter på dig som svarar. Inga identitetsuppgifter kommer att nämnas i vår C-uppsats. Alla deltagande kommuner/stadsdelar kommer att tilldelas ett kodnummer vid behandling av informationen som ingen utomstående kommer att få tillgång till. Vi är tacksamma om ni besvarar enkäten snaras!

Tack på förhand för din medverkan!

Vid frågor eller synpunkter kring enkäten vänligen kontakta:

Linda Andersson
Student
Kost- och friskvårdsprogrammet
E-post: gusandlih@student.gu.se
Mobil: 0736-91 76 71


Carolina Bertén
Student
Kost- och friskvårdsprogrammet
E-post: gusbtert@student.gu.se
Mobil: 0768-68 48 07


Annika Nilsson-Green
Utvecklingsledare/folkhälsa
Folkhälsokommitténs kansli
E-post: annika.nilsson-green@vgregion.se
Mobil: 0708-93 17 17


Staffan Mårild
Överläkare
Rundabarnteamet, DSBUS
E-post: staffan.marild@vgregion.se
Mobil: 0708-23 75 48


Vi vill ha ditt svar senast fredagen den 20 mars 2009


UPPGIFTER OM DIG SOM BESVARAR ENKÄTEN:


 Namn:

 Yrke/anställning:


 Verksamhet:

 Postadress:

 Telefonnummer:


 E-post:

Del 1

 1. Har problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar tagits upp på dagordningen för dig som folkhälsoplanerare i kommunen?

Ja

Nej


 2. Har ni någon policy eller något handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt eller fetma hos barn och ungdomar?

Ja


Nej

Vet ej


Arbete pågår

 3. Har ni något pågående arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar?


Ja Nej Vet ej Planeras

 4. Görs någon uppföljning/utvärdering av insatserna?

Ja Nej Vet ej

 5. Finns det i ditt område/din verksamhet statistik för att följa utvecklingen av övervikt/fetma hos barn/ungdom?


Ja Nej Vet ej

 6. Samverkar ni i er kommun med andra enheter/ annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt/fetma hos barn/ungdomar ?

Ja Nej


Del 2 - Följdfrågor

(Fråga 1 a är en följdfråga till fråga 1 från del 1, fråga 2 a - c är följdfrågor till fråga 2 från del 1 osv.)

 1 a. Om problemet med övervikt och fetma hos barn och ungdomar tagits upp på dagordningen för dig som folkhälsoplanerare i kommunen, när togs det upp?

(Flera svarsalternativ är möjliga)

2009 2008 2007 2006

 2 a. Om ni har/planerar policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar, ingår något eller några av följande arbetsområden?

(Flera svarsalternativ är möjliga)

Kost Fysisk aktivitet Psykosocial hälsa

👤 2 b. Om ni har/planerar policy eller handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar, ingår något eller några av följande mål?
(Flera svarsalternativ är möjliga)

- Öka konsumtionen av frukt och grönsaker.
- Minska konsumtionen av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass och bakverk.
- Öka konsumtionen av nyckelhälsmärkt mat.
- Öka andelen som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag.
- Minska andelen med en stillasittande livsstil.
- Stärka föräldrar i sin roll (ex. genom metoder för föräldrastöd).
- Minska mobbning och kränkande behandling (ex. genom Olweus-modellen).

👤 2 c. Om ni inte har något handlingsprogram för hälsofrämjande eller förebyggande arbete mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar, vad beror det främst på?

- Brist på resurser
- Inte/lågt prioriterat


Annat

👤 3 a. Om ni har pågående/planerat arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar, ingår något eller några av följande arbetsområden?
(Flera svarsalternativ är möjliga)

- Kost
- Fysisk aktivitet
- Psykosocial hälsa

👤 3 b. Om ni har pågående/planerat arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar, ingår någon/några av följande områden?
(Flera svarsalternativ är möjliga)


- Förskolans kost, att Livsmedelsverkets "riktlinjer för barnomsorg" används.
- Skolans kost, att Livsmedelsverkets "riktlinjer för skollunch" används.
- Skolcaféer, att livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass eller bakverk inte säljs.
- Förskolans utemiljö, för att främja fysisk aktivitet.
- Skolans utemiljö, för att främja fysisk aktivitet.
- Förskolans inomhusmiljö, är trygg.
- Skolans inomhusmiljö, är trygg.

 3 c. Om ni inte har något pågående arbete eller projekt i kommunen för att förhindra uppkomst av eller minska förekomst av övervikt och fetma hos barn och ungdomar, vad beror det främst på?

Brist på resurser

Inte/lågt prioriterat


Annat

 4 a. Om uppföljning/utvärdering av insatserna görs, har någon/några av insatserna gett positiva resultat?

Ja

Nej

Vet ej


 4 b. Om "ja" på fråga 4 a, har insatserna blivit bestående?

Samtliga

Några

Inga

5. Om det finns statistik i ditt område/din verksamhet för att följa utvecklingen av övervikt och fetma hos barn och ungdomar, hur får ni fram statistiken?


 a. Inom mödrahälsovården?

Manuella journaler

Profdoc

Medidoc

Annat

 b. Inom barnhälsovården?

Manuella journaler

Profdoc

Medidoc

Annat


 c. Inom skolhälsovården?


Manuella journaler

Profdoc

Medidoc


Annat

 6 a. Om ni i er kommun/stadsdel samverkar med andra enheter/annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar, vilka samverkar ni med?

 7. Är din kommun/stadsdel medlem i Skolmatsakademin?

Ja

Nej

 8. Har din kommun/stadsdel en kostchef?

Ja


Nej

9. Under 2008 togs ett regionalt handlingsprogram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar fram inom VGR. Syftet med handlingsplanen är att vända den kraftiga utvecklingen av övervikt och fetma. Handlingsprogrammets vårdprogram är utformat som ett webbaserat beslutsstöd (se länk i e-postmeddelandet).

 a. Känner du till det webbaserade beslutsstödet?

Ja


Nej

 b. Om "ja" på fråga 9 a, använder du dig av det webbaserade beslutsstödet?


Ja

Nej

10. Under 2008 togs rekommendationer fram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar inom VGR (se länk i e-postmeddelandet).


 a. Känner du till rekommendationerna?

Ja Nej


 b. Om "ja" på fråga 10 a, använder du dig av rekommendationerna?

Ja Nej

11. 2005 togs "Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet" fram av Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut. Regeringens avsikt var att lägga fram en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen.

 a. Känner du till den?

Ja Nej

 b. Om "ja" på fråga 11 a, har du använt dig av den?

Ja Nej

Bilaga 2. Påminnelse om att besvara enkäten (nr. 1)

Hej!

Skickar en liten påminnelse om att besvara enkäten ang. övervikt och fetma hos barn och ungdomar som skickades ut i måndags av Folkhälsokommittén i regionen i samarbete med två studenter från Göteborgs universitet.

För att besvara enkäten följ länken nedan:

<https://websurvey.textalk.se/start.php?ID=29799>

Vi vill ha ditt svar senast fredagen den 20 mars!

Tack på förhand för din medverkan!

Med vänliga hälsningar

Linda Andersson och Carolina Bertén

Bilaga 3. Påminnelse om att besvara enkäten (nr. 2)

Hej!

Detta är en påminnelse om att besvara enkäten ang. övervikt och fetma hos barn och ungdomar som skickades ut för två veckor sedan av Folkhälsokommittén i regionen i samarbete med två studenter från Göteborgs universitet.

För att besvara enkäten följ länken nedan:

<https://websurvey.textalk.se/start.php?ID=29799>

(Om det inte fungerar att klicka på länken, kopiera länken och klistra in den i adressfältet)

Vi vore jätte tacksamma om du har möjlighet att besvara enkäten, ditt svar har betydelse!

För närvarande har vi fått 29 svar av 69. Om det är någon fråga som du inte kan besvara eller är tidskrävande, hoppa hellre över frågan än att inte svara alls på enkäten.

Vi vill ha ditt svar senast **onsdagen den 1 april 2009.**

Tack på förhand för din medverkan!

Vi bifogar följande länkar till fråga 9 respektive 10:

Webbaserat beslutstöd för handlingsprogram mot övervikt och fetma:

www.vgregion.se/sv/Regionkansliet/Halso--och-sjukvardsavdelningen/Strategisk-utvecklingsenhet/Beslutstod-for-handlingsprogram-mot-overvikt-och-fetma/

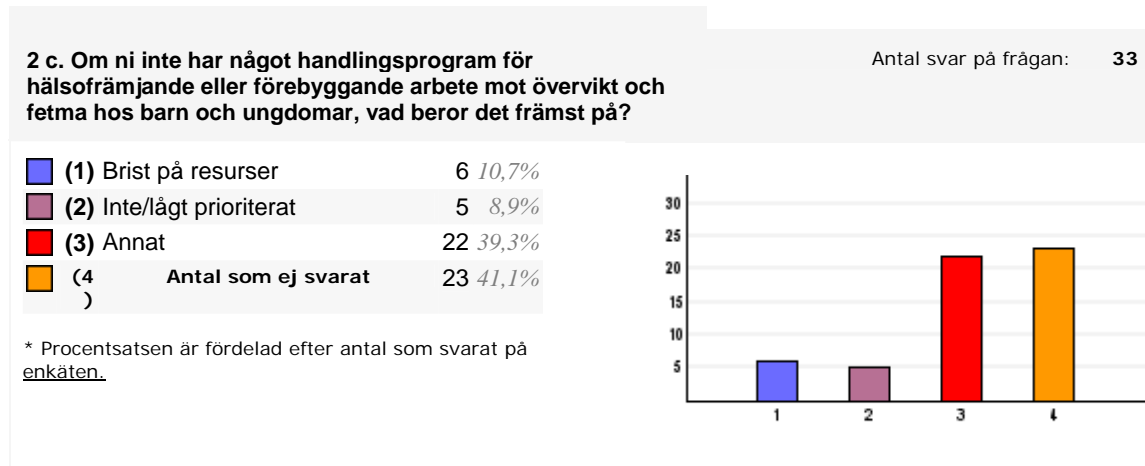
Rekommendationer för hälsofrämjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar i Västra Götaland:

<http://www.vgregion.se/upload/Folkh%c3%a4lsa/Informationsmaterial/Rekomendationer%20h%c3%a4lsufr%c3>

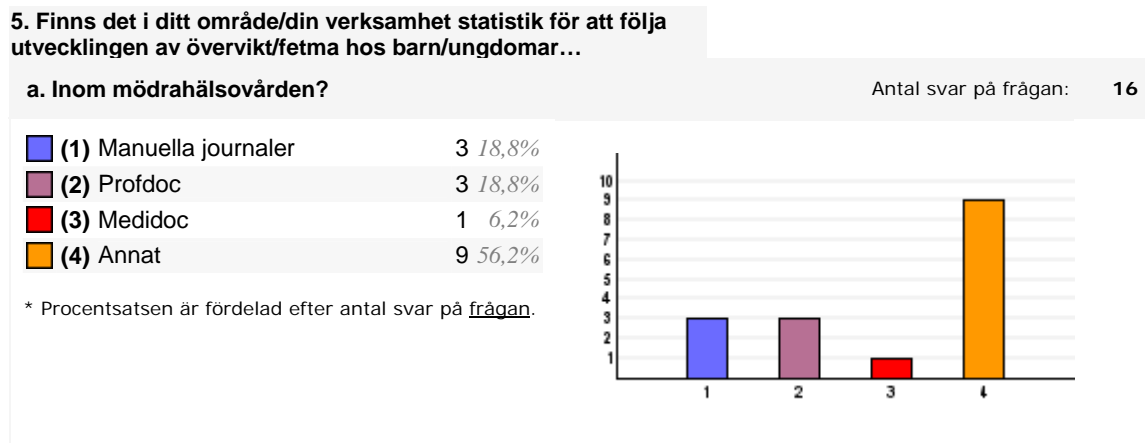
Med vänliga hälsningar

Linda Andersson och Carolina Bertén

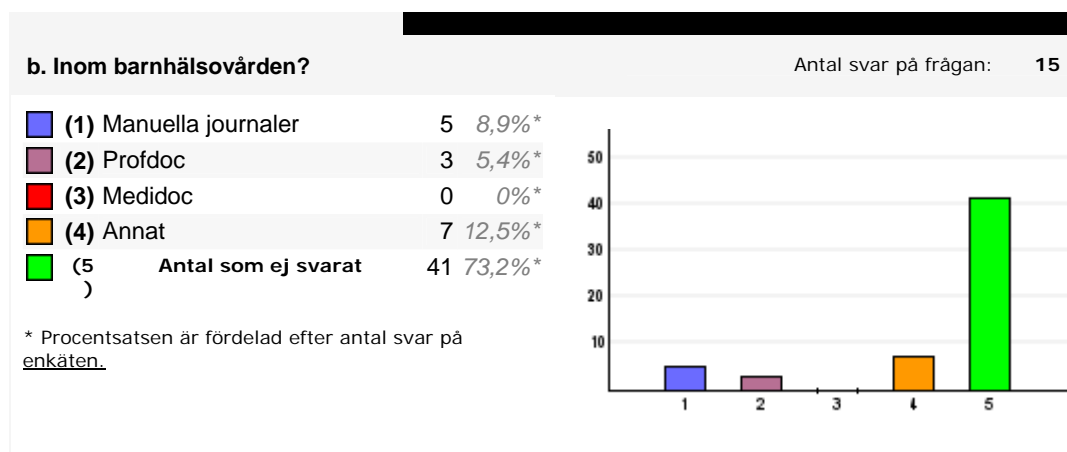
Bilaga 4. Enkät svar



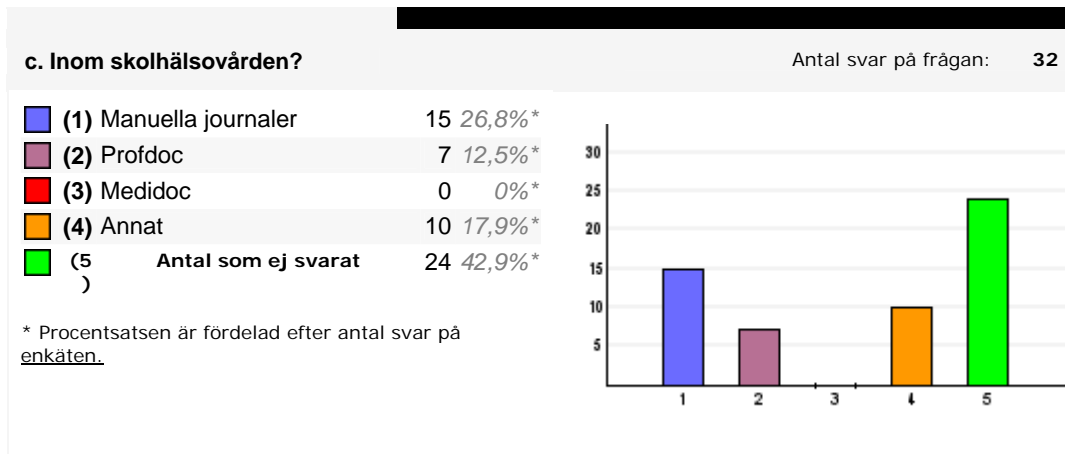
Figur 12. Svar på fråga 2c



Figur 13. Svar på fråga 5a.



Figur 14. Svar på fråga 5b.



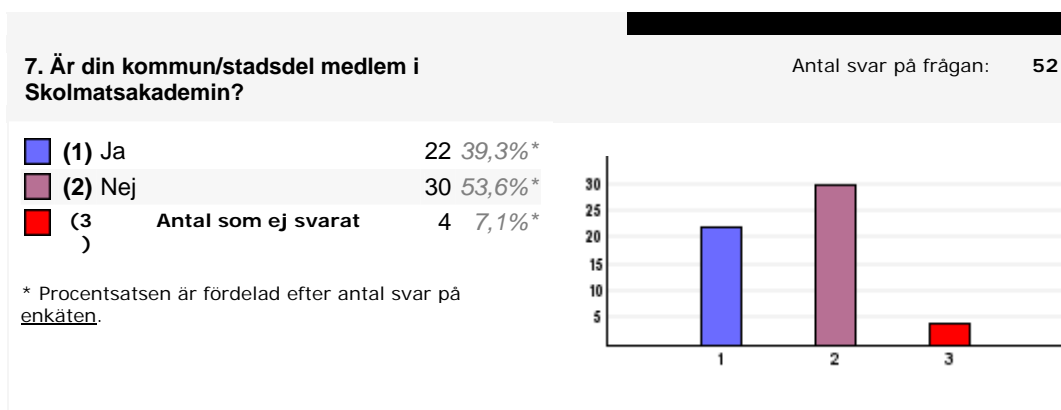
Figur 15. Svar på fråga 5c.

6 a. Om ni i er kommun/stadsdel samverkar med andra enheter/annan verksamhet utanför den egna förvaltningen för att förebygga övervikt och fetma hos barn och ungdomar, vilka samverkar ni med?

Antal svar på frågan: 48

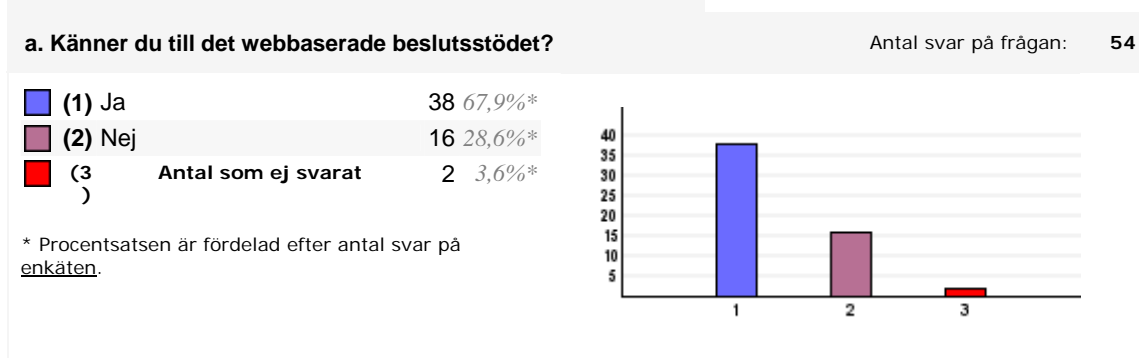
tandvården, bvc, sjukgymnastik (FaR-samordnare), barn- och ungdomsmed.mott., privat näringsidkare
Idrottsförening, SISU Idrottsutbildarna
Sahlgrenska/Dr. Silvias sjukhus
BVC, folktandvård, skola, skolhälsovård, socialförvaltning
Primärvården/Sjukgymnastiken, privata förskolor o.dyl., Hushållningssällskapet
mödrahälsovård, bvc,
BVC, MVC, folktandvården, friskola, kyrkan
Kommunen (skolan, fritidsgården), föräldrar, primärvården, tandvården, Svenska kyrkan
Barn och ungdomsmedicin & Sjukgymnastiken i Vg regionen
folkhälsorådet och ideella sektorn
Camp Active
tex. elevhälsan, vc
Carema vårdcentral, barnläkare, skolhälsovård, kostchef, föreningsliv, skolorna
stenungsund och orsut
Primärvården och tandvården
Häslö och sjukvård
Folkhälsokommittens kansli - skolmatsakademien
Barn o ungdomsmottagningar, dietist, Runda barnteamet, FAR
Familjecentralen, skolhälsovården, Korpen, Folktandvården, Dietist
Skola, fritid, IFO, kostchefen/avd, primärvården,
BVC
idrottsföreningar, barnhälsovård,
Kostplaneraren i kommunen
Ex Överviktsteamet på Alingsås Lasarett
Arbetet sker i kommundelarna och de flesta verksamheter som rör barnen är inblandade
BK Häcken och Hushållningssällskapet
Kostenheten, Barn o Utbildning, Korpen
samarbete mellan förskolor i EU-projekt där kosten har en central roll. Samarbete med elevhälsan PV
primärvård, folktandvård, studieförbund, friskvårdaktörer som Friskis & Svettis m.fl.
De lokala gymen.
Barndietist inom primärvården för Kungälv och Ale
BVC, Primärvården
BVC
BVC samt runda barnteamet
primärvård; föreningar
Primärvården, Studieförbundet
VC, BVC, MVC
Tandvård, dietist, MVC, BVC, förskola, skola, kostchef, Fam central
RUN projektet (BK Häcken och HSN 11), Idrotts- och föreningsförvaltning. Juniorprojektet (tidigare BMI)
barn- och utbildningsförvaltningen
Barnhälsovårde
Stödenhet samt kostenhet
badhuset
stadsdelar samarbetar med primärvården
skola, primärvård, fältarverksamheten,
Vi har samverkat med Ale och Stenungsund
primärvård, föreningsliv
primärvård, skolhälsovård, Tummlaren bad och rehabanläggning

Figur 16. Svar på fråga 6a.

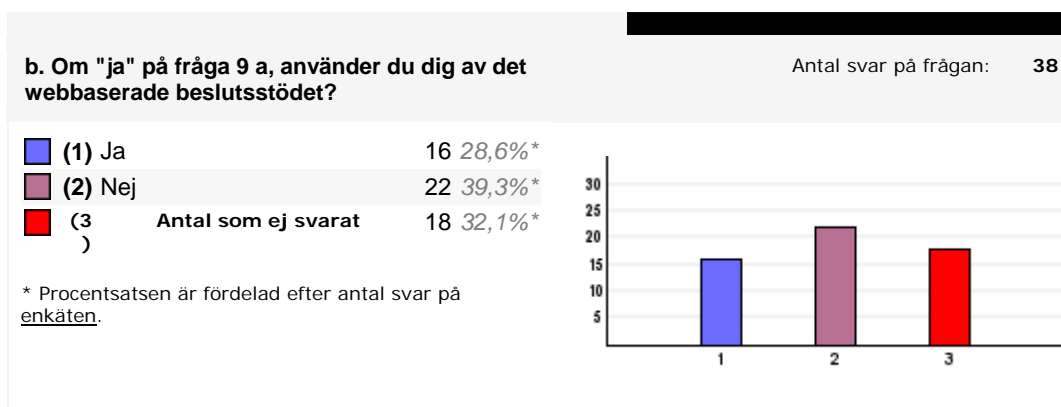


Figur 17. Svar på fråga 7.

9. Under 2008 togs ett regionalt handlingsprogram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar fram inom VGR. Syftet med handlingsplanen är att vända den kraftiga utvecklingen av övervikt och fetma. Handlingsprogrammets vårdprogram är utformat som ett webbaserat beslutstöd.



Figur 18. Svar på fråga 9a.



Figur 19. Svar på fråga 9b.

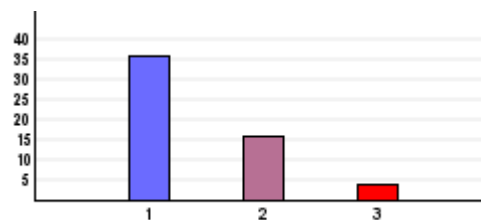
10. Under 2008 togs rekommendationer fram för främjande, förebyggande och behandlande insatser mot övervikt och fetma hos barn och ungdomar inom VGR.

a. Känner du till rekommendationerna?

Antal svar på frågan: 52

■ (1) Ja	36	64,3%*
■ (2) Nej	16	28,6%*
■ (3)	4	7,1%*
Antal som ej svarat		

* Procentsatsen är fördelad efter antal som svarat på enkäten.



Figur 20. Svar på fråga 10a.

b. Om "ja" på fråga 10 a, använder du dig av rekommendationerna?

Antal svar på frågan: 41

■ (1) Ja	25	44,6%*
■ (2) Nej	16	28,6%*
■ (3)	15	26,8%*
Antal som ej svarat		

* Procentsatsen är fördelad efter antal som svarat på enkäten.



Figur 21. Svar på fråga 10b.

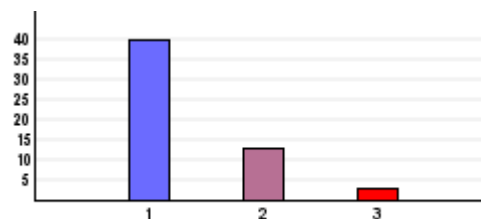
11. 2005 togs "Underlag till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet" fram av Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut. Regeringens avsikt var att lägga fram en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen.

a. Känner du till den?

Antal svar på frågan: 53

■ (1) Ja	40	71,4%*
■ (2) Nej	13	23,2%*
■ (3)	3	5,4%*
Antal som ej svarat		3

* Procentsatsen är fördelad efter antal som svarat på enkäten.



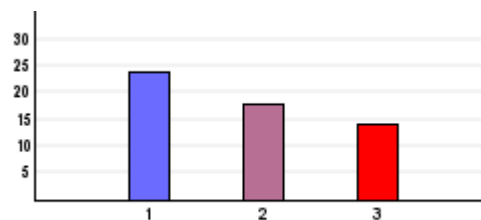
Figur 22. Svar på fråga 11a.

b. Om "ja" på fråga 11 a, har du använt dig av den?

Antal svar på frågan: 42

■ (1) Ja	24	42,9%*
■ (2) Nej	18	32,1%*
■ (3)	14	25%*
Antal som ej svarat		14

* Procentsatsen är fördelad efter antal som svarat på enkäten.



Figur 23. Svar på fråga 11b.