

Innehåll

Förord

1 Sammanfattning	5
Summary	21
2 Uppdrag och arbetssätt	39
3 Bakgrund och problembeskrivning	41
Folkhälsoproblem relaterade till ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet	41
Matvanor och fysisk aktivitet i olika grupper av befolkningen	48
Fysisk aktivitet	50
Ojämlighet i hälsa	51
Samhällsförändringar med konsekvenser för matvanor, fysisk aktiviteter och kroppsvikt	51
Internationella handlingsplaner för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt och fetma	57
Lärdomar från den nuvarande svenska strategin för nutrition	58
Regionalt och kommunalt arbete med matvanor och fysisk aktivitet	60
Perspektiv att beakta i uppdraget	61
Hälsoekonomi och fetma	63
4 Mål	73
Mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor och ökad fysisk aktivitet	73
Mätbara mål för goda matvanor	73
Mätbara mål för fysisk aktivitet	75
Mätbara mål för kroppsvikt	77
5 Strategi för att nå målen	81
WHOs globala strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa	81
Modell för folkhälsoarbete	82
Strategi för att nå goda matvanor och ökad fysisk aktivitet	83
6 Insatser och motiv	85
Arbetslivspolitik	87
Bostadspolitik	91
Folkhälsopolitik	99
Forskningspolitik	113
Hälso- och sjukvårdspolitik	117
Idrottspolitik	135
Konsumentpolitik	145
Livsmedelspolitik	157
Miljöpolitik	173
Skattepolitik	181
Transportpolitik	187
Utbildningspolitik	197
Äldrepolitik	215
7 Bilaga 1–18 (separat)	

Förord

Till regeringen

Den 6 november 2003 gav regeringen Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att ta fram ett underlag till en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen.

Med anledning av detta uppdrag tillsatte de två myndigheterna var sin styrgrupp under generaldirektörens ledning och en projektgrupp. I Livsmedelsverkets styrgrupp ingick Inger Andersson (ordförande) och Jerker Sörenson. I Statens folkhälsoinstituts styrgrupp ingick Gunnar Ågren (ordförande), Pia Milton och Bosse Pettersson. Arbetet med uppdraget har skett under ledning av Annica Sohlström och Liselotte Schäfer Elinder.

I de två myndigheternas projektgrupper har ingått för Livsmedelsverket: Lena Björck, Åke Bruce, Elisabet Hay, Jan Movitz samt Monika Pearson; för Statens folkhälsoinstitut Carin Bokedal, Johan Faskunger, Filippa von Haartman och Peter Lamming. Fram till 31 maj 2004 ingick även Johan Tranqvist i projektgruppen. Maj Sölvesdotter inträdde i projektgruppen oktober 2004.

Från Statens folkhälsoinstitut har Elisabet Aldenberg, Mats Bjurvald, Jonas Frykman, Anita Linell och Sara Sjölund bidragit med texter. Även Ulf Gertham, Lunds universitet, och Matti Leijon, Östergötlands läns landsting har gett värdefulla bidrag. Dessutom har ett flertal experter inom myndigheterna bidragit med goda råd och synpunkter.

Underlag för vissa sakfrågor har lämnats av Per Haglind, Martin Jansson, Magnus Ljung, Ylva Mattsson Sydner, Maria Rosén och Inga Swanberg. Deras rapporter ingår som självständiga uppsatser bland bilagorna. Layout och redigering har utförts av Merethe Andersen.

Ett varmt tack riktas till alla som på något annat sätt har bidragit till arbetet vid hearingar, seminarier, rundabordssamtal samt i expertgrupper.

Uppsala och Stockholm i februari 2005

Inger Andersson

Gunnar Ågren

1

Sammanfattning

Uppdrag och arbetssätt

Regeringen avser att lägga fram en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Syftet med en sådan handlingsplan är att vidta åtgärder som förbättrar förutsättningarna för goda matvanor och fysisk aktivitet och på så sätt bidra till det övergripande folkhälsomålet: ”Att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen.”

Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut fick i uppdrag att ta fram ett underlag till en sådan handlingsplan. Underlaget skulle innehålla förslag på mätbara mål (inklusive ett mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor), strategier för att uppnå målen, insatser med ansvariga aktörer, finansiering och kostnadsberäkningar av föreslagna åtgärder. I underlaget skulle särskild hänsyn tas till barns och ungdomars levnadsförhållanden. Kön, socioekonomi och etnicitet skulle också beaktas. Underlaget till handlingsplan ska bidra till regeringens arbete för en hållbar utveckling.

Under projekttiden har idéer och erfarenheter samlats in från representanter för kommuner, landsting, skola, livsmedelssektorn, media, myndigheter, universitet, organisationer och utländska experter. Detta har skett via hearings, rundabordssamtal och seminarier. Dessutom har några utvärderingar och mindre utredningar utförts. Kunskap har inhämtats från vetenskaplig litteratur, rapporter, utredningar och handlingsplaner i andra länder. Lägesrapporter om arbetet med underlaget har under projekttiden presenterats av projektgruppen på flera konferenser och seminarier. Rapporter har fortlöpande lagts ut på de båda myndigheternas webbplatser. Konkreta insatser har slutligen stämts av med olika aktörer. Kostnader för statliga insatser har uppskattats, men har på grund av den korta tiden för uppdraget inte kunnat beräknas i detalj.

Bakgrund och problembeskrivning

Folkhälsoproblem relaterade till matvanor och fysisk inaktivitet

Matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till ökad dödlighet och flera vanligt förekommande sjukdomar. Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att 80 procent av hjärt-kärlsjukdom, 90 procent av diabetes typ 2 och 30 procent av all cancer kan förebyggas genom bra matvanor, tillräckligt med fysisk aktivitet och rökstopp. Ett för högt energi-intag och fysisk inaktivitet är också de direkta orsakerna till den ökade förekomsten av övervikt och fetma.

I Sverige har andelen vuxna med fetma fördubblats sedan 1980, medan övervikten har ökat med 20 och 30 procent för män respektive kvinnor under samma tidsperiod. Idag är över hälften av männen och en tredjedel av kvinnorna överviktiga eller feta. Bland männen har 11 procent fetma medan motsvarande siffra för kvinnorna är 9 procent. I Sverige finns idag inga nationellt representativa data om barns vikt och längd. Olika studier visar att 15–20 procent av barnen är överviktiga, varav 1–5 procent är feta. Resultat från olika studier tyder på att förekomsten av övervikt och fetma bland barn har ökat mellan 2 och 5 gånger sedan mitten av 1980-talet, vilket speglar den internationella treden. Fetma hos barn och vuxna ger upphov till ett stort mänskligt lidande.

Fetma och därtill relaterade sjukdomar är bland de mest ojämnt fördelade ohälsotillstånden, och trenden är att de sociala skillnaderna ökar. Också när det gäller hjärt-kärlsjukdomar ses en social skillnad. Dödligheten är 1,5 gånger högre bland arbetare och lågutbildade jämfört med övriga befolkningen.

Matvanor och fysisk aktivitet

Befolkningen i Sverige lider knappast av vitamin-, mineral eller proteinbrist, men 90 procent av de vuxna äter mindre kostfibrer än vad som rekommenderas. Den ökade förekomsten av övervikt visar att den totala konsumtionen av mat är högre än behovet – 80 procent äter för mycket fett, 96 procent äter för mycket mättat fett och hälften äter för mycket socker. Studier på barn uppvisar liknande siffror. Unga lågutbildade män har i allmänhet sämre matvanor än andra grupper. Barn till föräldrar med kort utbildning har sämre matvanor och är oftare överviktiga än de som har föräldrar med lång utbildning.

Ungefär hälften av de vuxna rör sig mindre än vad som rekommenderas och 14 procent av befolkningen är mest stillasittande på sin fritid. Bland 15-åringar kommer 36 procent av flickorna och 22 procent av pojkarna inte upp i den rekommenderade mängden fysisk aktivitet. En stillasittande fritid är vanligare bland lågutbildade och låginkomsttagare samt bland personer med utländsk bakgrund.

Samhällsförändringar med konsekvenser för matvanor och fysisk aktivitet

Den tekniska utvecklingen och en ökande global livsmedelsproduktion i kombination med ekonomisk tillväxt har varit positiv för hälsoutvecklingen, men dessa faktorer har också bidragit till minskad fysisk aktivitet och förändrade matvanor.

Bilismens framväxt, TVs och datorns intåg samt den tilltagande automatiseringen i arbetslivet under de senaste decennierna, har lett till en minskad energiförbrukning. Även om varje enskilt tekniskt framsteg i sig har en liten effekt, bidrar alla små förändringar tillsammans till ett avsevärt mindre energibehov. Fysisk aktivitet utförs, jämfört med tidigare, i hög utsträckning som fritidssysselsättning snarare än i arbetslivet. De senaste årtiondenas ökade intresse för motion har inte kompenserat för den minskade fysiska aktiviteten i arbete och aktiv transport (gång eller cykling).

En stillasittande livsstil är en stark bidragande orsak till utvecklingen av övervikt och fetma. I dagens samhälle gäller det därför att ta varje tillfälle i akt att röra på sig, t ex genom att ta trappan i stället för hissen, att gå eller cykla i stället för att åka buss eller bil. Detta kräver en aktiv och medveten handling av individen. Men det krävs också medvetna satsningar från samhällets sida för att skapa en vardagsmiljö som inbjuder och möjliggör fysisk aktivitet för alla grupper i befolkningen.

I EU har varje person i genomsnitt tillgång till cirka 3 500 kcal dagligen från mat, men behovet uppgår endast till i genomsnitt drygt 2 000 kcal. Enligt Food and Agriculture Organization (FAO) förväntas tillgången på mat öka ytterligare de närmaste 25 åren. Matpriserna har historiskt sett aldrig varit så låga som de är idag, i relation till inkomstnivån. Detta är en följd av en kraftig produktivitetsökning i jordbruket och har naturligtvis varit grunden för att människor kan äta bättre. Men en ökad tillgång på mat i kombination med sjunkande priser och högre inkomster hos konsumenterna bidrar också till en överkonsumtion av livsmedel. Den mätbara ökningen i energiintaget i Sverige är cirka 100 kcal per dag över en period på 8 år. Detta kan verka lite, men ett dagligt extra intag i denna storleksordning per dag i ett år, motsvarar energin i 4–5 kg fettväv.

För den enskilda konsumenten innebär dessa förändringar att livsmedel numera finns i rikligt utbud i samhället. Även portionsstorlekar och förpackningar av livsmedel av typen snabbmat, sötade drycker, godis, glass, snacks och bakverk har vuxit. Marknadsföringen av livsmedel, särskilt för de nyss nämnda produkterna, har ökat i omfattning och sofistikerats (t ex genom att anspela på livsstil, gruppstillhörighet och känslor), vilket bidrar till en ökad konsumtion.

Livsmedel, som särskilt har utpekats som bidragande till fetma, är energitäta och näringsfattiga livsmedel, sötade drycker och troligen även alkohol.

Dagens samhälle kräver en mycket aktiv och kunnig konsument som kan stå emot ständiga lockelser till att äta och dricka. Förutom bättre kunskap och medvetenhet hos konsumenten behövs satsningar från samhällets sida för att minska tillgängligheten och efterfrågan av sötade drycker, godis, glass, snacks och bakverk samt öka desamma av hälsosamma livsmedel.

Det finns inga vetenskapliga belägg för att åtgärder mot fetma leder till ökad förekomst av ätstörningar i befolkningen. Däremot kan okontrollerad bantning bland barn och ungdomar leda till ätstörningar. Förebyggande av fetma bland barn och ungdomar och kvalificerad fetmabehandling borde därför på sikt även kunna leda till minskad förekomst av ätstörningar.

En kartläggning av kommunernas folkhälsoarbete visade att av totalt 290 kommuner hade 26 åtgärdsprogram för fysisk aktivitet och endast 13 hade program för goda matvanor. Detta visar på ett stort behov av att utveckla arbetet med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i det kommunala folkhälsoarbetet.

Lärdomar från den nuvarande svenska strategin för nutrition

Sedan 1995 har Sverige en av regeringen antagen handlingsplan för nutrition. Med utgångspunkt från denna handlingsplan utarbetades på myndighetsnivå en vägledning till konkret arbete för hur målen i handlingsplanen skulle uppnås. Detta dokument heter ”Nationella mål och strategier för nutrition, 1999–2004”. En utvärdering av dokumentet visade att trots att denna strategi bedöms som bra och pedagogisk har det inte fyllt den avsedda funktionen. Ett antal konkreta förslag gavs på hur en kommande handlingsplan kan genomföras med framgång:

- Regering och/eller riksdag bör vara avsändare.
- Folkhälsoarbetet för bra matvanor och ökad fysisk aktivitet bör vara institutionaliserat på lokal och regional nivå, för att skapa samordning och kontinuitet.
- Alla som berörs av handlingsplanen bör känna delaktighet.
- En handlingsplan bör inte utformas som en önskelista. Insatserna måste kunna omsättas i praktiken. Det räcker inte med att föreslå vad som ska uppnås, t ex bra skolluncher, det måste beskrivas hur detta ska uppnås.
- Tillräckligt med resurser bör säkerställas till utvecklings-, förankrings- och genomförandearbetet. Genomförandet av en handlingsplan kräver kontinuitet, struktur, långsiktighet och resurser.
- Metoder bör skapas för uppföljning och utvärdering under genomförandet. Mätbara mål måste utvärderas löpande.

Hälsoekonomi och fetma

De direkta kostnaderna för fetma och fetmarelaterade sjukdomar är i dag cirka 2 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård, dvs cirka 3 miljarder kronor. De indirekta kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering orsakad av fetma är inte kända men är sannolikt flerfalt högre. Om förekomsten av feta och överviktiga ökar i samma takt som under 1990-talet uppskattas att 60 procent av befolkningen i Sverige kommer att vara överviktiga och feta år 2030, vilket innebär att sjukvårdskostnaderna för fetma skulle öka med 120 procent mellan år 2003 och 2030. En sådan utveckling är både hälsomässigt och ekonomiskt ohållbar.

För att kunna avgöra vilka åtgärder som är mest kostnadseffektiva för samhället att investera i krävs kostnadseffektanalyser. I dessa analyser undersöks sambandet mellan den hälsoeffekt som kan förväntas av en viss åtgärd och kostnaderna för åtgärden. Underlaget för att kunna göra sådana bedömningar är dock bristfälligt i dag, vilket måste innebära en viss försiktighet i valet av åtgärder. Det är sannolikt att staten, kommuner och landsting både på kort och lång sikt kan spara stora summor på att främja goda matvanor och öka fysiska aktiviteter i befolkningen och på så sätt minska förekomsten av övervikt och fetma samt andra livsstilsrelaterade sjukdomar.

Mål

Mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

1. Samhället utformas så att det är enkelt att ha goda matvanor för alla grupper i befolkningen.
2. Samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för alla grupper i befolkningen.

Mätbara mål för goda matvanor

1. Öka konsumtionen av frukt och grönsaker.
2. Öka konsumtionen av nyckelhålsmärkt mat.
3. Minska konsumtionen av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker.

Nordiska näringsrekommendationer utfärdas av Nordiska ministerrådet efter utarbetande av nordiska forskare och företrädare för myndigheter. Rekommendationerna är baserade på en bedömning av den vetenskapliga litteratur som finns tillgänglig vid varje revidering. Med näringsrekommendationer som grund utarbetas kostråd. Det innebär att näringsrekommendationerna översätts till mat. En jämförelse av en kost som uppfyller alla näringsrekommendationer med hur befolkningen äter visar att de viktigaste förändringarna av matvanorna från folkhälsosynpunkt är att:

- Fördubbla konsumtionen av frukt och grönsaker (rekommenderad konsumtion är minst 500 gram per dag för vuxna och cirka 400 gram per dag för barn, 4–10 år).
- Fördubbla konsumtionen av bröd, främst fullkorn (rekommenderad konsumtion är 150–200 gram bröd per dag).
- Byta till flytande matfetter och olja i matlagning. Välja nyckelhålsmärkta mejeri- och charkuteriprodukter. Fördubbla konsumtionen av fisk (rekommenderad konsumtion är 2–3 gånger i veckan).
- Halvera intaget av salt (rekommenderat intag är 5–6 gram per dag).
- Halvera konsumtionen av sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker (högst 15 procent av energiintaget bör komma från dessa livsmedel, inklusive alkohol vars andel inte bör utgöra mer än 5 procent av energiintaget).

Mätbara mål för fysisk aktivitet

1. Öka andelen friska vuxna som är fysiskt aktiva minst 30 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 3,5 timmar per vecka.
2. Öka andelen friska barn som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 7 timmar per vecka.
3. Minska andelen barn och vuxna med en stillasittande livsstil.

Rekommendationen om minst 30 minuters måttligt intensiv fysisk aktivitet (t ex snabba promenader) helst varje dag är framför allt grundad på effekten för hjärt-kärl-hälsa. Rekommendationen har en stark vetenskaplig koppling till funktionella effekter såsom sänkning av blodtryck och blodsockernivå samt förbättrad hjärtfunktion. Den rekommenderade aktivitetsnivån underlättar viktkontroll, speciellt för den del av befolkningen som är relativt stillasittande. Med ett ökande energiintag behövs dock 45–60 minuter per dag på minst måttlig nivå, om vikten ska hållas stabil. Människor som har varit överviktiga eller feta, men gått ned i vikt, behöver 60–90 minuter minst måttlig fysisk aktivitet om dagen för att behålla vikten. Särskilt stora vinster för folkhälsan kan uppnås då äldre och personer med stillasittande levnadsvanor stimuleras att bli fysiskt aktiva.

Fysisk aktivitet hos barn bidrar till fysisk utveckling, upprätthållande av energibalans, välbefinnande, benhälsa och rörlighet. Samtidigt är fysisk aktivitet viktigt för lek och rekreation, inläring av motoriska och sociala färdigheter och utvecklande av kreativ förmåga. Det rekommenderas att barn dagligen bör ägna 60 minuter åt måttligt intensiv fysisk aktivitet, varav två pass per vecka bör innehålla aktiviteter som anstränger kroppens skelettben, ger muskelstyrka och rörlighet.

Mätbara mål för kroppsvikt

1. Förebygga viktuppgång från normalvikt till övervikt hos vuxna.
2. Främja en normal viktutveckling hos barn.

Det förebyggande arbetet syftar till att färre personer ska drabbas av övervikt, speciellt barn. För barn som fortfarande växer och av den anledningen går upp i vikt är det framför allt viktigt att de inte avviker, varken uppåt eller neråt, från etablerade viktcurvor. Barn med övervikt behöver inte sträva efter viktnedgång. Deras body mass index (BMI) kan normaliseras om vikten står still samtidigt som de tillväxer i längd.

Inom varje politikområde finns redan mål och delmål formulerade som stödjer arbetet för goda matvanor och fysisk aktivitet på ett utmärkt sätt.

Strategi för att uppnå målen

Förändringar i samhället har avsevärt påverkat matvanor och graden av fysisk aktivitet. För att förbättra matvanorna och öka den fysiska aktiviteten i befolkningen måste åtgärder i första hand riktas mot den samhälleliga nivån, där förutsättningarna för goda matvanor och fysisk aktivitet skapas, så att det blir enkelt att ha hälsosamma levnadsvanor. För samtliga aktörer är det särskilt viktigt att påverka utbud, tillgänglighet och/eller efterfrågan av livsmedel och fysisk aktivitet och samtidigt ha samstämmiga budskap om goda matvanor och fysisk aktivitet. Erfarenheter visar att människor betydligt oftare gör hälsosamma val om den omgivande miljön stödjer dem i detta.

Med utgångspunkt i folkhälsopolitiken, WHO:s globala strategi för goda matvanor, fysisk aktivitet och hälsa och folkhälsoforskningen är strategin för hur de uppsatta målen för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och kroppsvikt kan uppnås följande:

- Insatser ska riktas till både samhälle och individ.
- Insatser ska vara långsiktiga.
- Resurser ska ställas till förfogande för implementering.
- Insatser ska samordnas på nationell, regional och lokal nivå.
- Insatser ska i samverkan mellan offentlig, privat och ideell sektor.
- Statens insatser ligger inom de politikområden som mest påverkar de samhälleliga förutsättningarna för matvanor och fysisk aktivitet.
- Genomförandet av insatser ska beakta lokala förhållanden och bygga på befolkningens delaktighet.
- Utvärdering och uppföljning ska fortlöpande integreras i arbetet.

Förslag på insatser för att öka förutsättningarna för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

En kunskapsöversikt utförd av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) under år 2004 visade att det är möjligt att förebygga fetma hos barn och ungdomar genom begränsade skolbaserade program där man informerar och stimulerar till bättre vanor avseende mat och dryck, ofta i förening med fysisk aktivitet. Effekterna är dock små och svåra att mäta om hemmiljö, fritid och resten av samhället inte tas med. Publicerade studier av breda samhällsbaserade interventioner, av den typen som förordas här, saknas. För friska vuxna är evidensen för förebyggande av fetma något svagare än för barn, medan interventionsstudier riktade till patienter med flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom har lyckats påvisa viktning. Slutsatsen är att det är svårt att åstadkomma livsstilsförändringar hos friska vuxna utan betydande insatser från

samhällets sida. Stora delar av befolkningen kan inte nås med rena informationsinsatser.

Underlaget till handlingsplan innehåller totalt 79 olika förslag på insatser. För varje insats finns en aktör angiven. Ofta anges att insatsen ska utföras i samarbete eller samråd med andra angivna aktörer. Kostnad finns angiven för statliga aktörer när insatsen kräver statliga pengar utöver berörd myndighets ordinarie budget. Kostnader för kommuner och landsting är inte angivna. Flera av dessa insatser kräver dock tillskott av resurser för att kunna genomföras.

Insatserna är indelade i politikområden eftersom det är så styrningen av statlig verksamhet är organiserad. De politikområden som beskrivs har ansetts vara de som i högst utsträckning påverkar de samhälleliga förutsättningarna för goda matvanor och fysisk aktivitet. Andra aktörer än de statliga har placerats under det politikområde där insatsen lämpligast hör hemma. Inom varje politikområde finns redan mål och delmål formulerade som stödjer arbetet för goda matvanor och fysisk aktivitet på ett utmärkt sätt.

Av de 79 insatserna har 50 regering eller statlig myndighet som huvudaktör, medan 14 har kommuner, 7 landsting, 4 föreningar, 2 universitet/högskolor och 2 länsstyrelser. 11 olika myndigheter står som huvudaktör.

De föreslagna insatserna är till stor del baserade på bevis i den vetenskapliga litteraturen och/eller på beprövad erfarenhet beskriven i olika typer av rapporter. Många är i linje med vad som föreslås i andra länders handlingsplaner för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Särskilt utmärkande för det svenska underlaget till handlingsplan är att förslag finns inom så många politikområden, vilket markerar en ny och bredare ansats än tidigare. Detta är helt i linje med den svenska folkhälsopolitiken och understryker behovet av hälsokonsekvensbedömningar av politiska beslut utanför folkhälsopolitiken. Vidare finns förslag på utredningar som berör skatter på onyttig mat och subventioner av nyttig mat och det föreslås att kost- och hälsofrågor bör inkluderas i livsmedels- tillsynen.

Insatser som främjar skapandet av stödjande miljöer för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet för barn och ungdomar bör prioriteras i ett första skede, liksom forskningen kring detta. För att genomföra en handlingsplan måste dessutom insatser som rör samordning och uppföljning av insatser och mål prioriteras. Insatserna berör många områden i samhället och insatser inom olika politikområden förstärker varandra.

Närmiljöns utformning är avgörande för möjligheten till och lusten för fysisk aktivitet. Utbudet av livsmedel i omgivningen kan påverka matvanorna. Inom detta område finns insatser som berör aktiv transport, bostadsmiljön, friluftsliv, breddidrott, insatser för äldre och utbud av livsmedel i offentligt finansierade lokaler.

Skolan och förskolan når alla barn. Den förmedlar kunskaper om mat, fysisk aktivitet och hälsa men miljön i skolan är också av stor betydelse för en hälsofrämjande livsstil. Insatser handlar om tillägg i skollagen, förstärkning av

undervisningen om mat och fysisk aktivitet, maten i skolan, bättre fysisk och social skolmiljö, fritidsverksamheten samt skolhälsovården.

Hälso- och sjukvården når via mödrahälsovården, barnhälsovården och tandvården en mycket stor del av befolkningen, ofta i en livssituation när personer är starkt motiverade att leva mer hälsosamt. Här finns förutsättningar för motiverande samtal och förebyggande program vilket kan vara särskilt betydelsefullt för socio-ekonomiskt utsatta grupper. Inom denna sektor finns dessutom förslag som rör utbudet av livsmedel inom hälso- och sjukvården.

Yrkesutbildning och kommunikation. En förutsättning för att skolan och hälso- och sjukvården ska kunna utnyttja sin hälsofrämjande potential avseende mat och fysisk aktivitet är att personalen har god kompetens inom dessa områden och att denna typ av förebyggande arbete prioriteras av beslutsfattare. Därför föreslås att kurser om mat och fysisk aktivitet ska ingå i gymnasieutbildningar och universitetsutbildningar som leder till yrken inom vård, skola och omsorg samt en rejäl fortbildning av sådana yrkesgrupper. En strategi för kommunikation av goda matvanor och ökad fysisk aktivitet till allmänheten ska utarbetas.

Arbetsplatsen når den största delen av den vuxna befolkningen och har goda möjligheter att främja fysisk aktivitet och goda matvanor under arbetsdagen. Insatser som rör arbetsplatsen handlar om certifiering av hälsofrämjande arbetsplatser och riktlinjer för maten på arbetsplatsen.

Livsmedelsbranschen utgör genom sitt utbud av livsmedel, prissättning och marknadsföring både en del av problemet och en del av lösningen för bättre matvanor. Här finns insatser som berör jordbrukspolitik, marknadsföring, märkning, livsmedelstillsyn samt utredningar om punktskatter och lunchsubventioner.

Samtliga insatser beskrivs i tabellen på följande sidor.

Föreslagna insatser till handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
1	Kriterier bör skapas för certifiering av hälsofrämjande arbetsplatser inkluderande kriterier för mat och fysisk aktivitet.	Arbetslivs-institutet och Arbetsmiljö-verket		Arbetsliv	Arbetsplats
2	Förslag bör utvecklas om hur praktiska och teoretiska kunskaper om mat och fysisk aktivitet kan ingå som ett återkommande inslag i de arbetsmarknadspolitiska programmen.	Arbetsmark-nadsverket		Arbetsliv	Arbetsplats
3	Den tvärssektoriella myndighetsgrupp som arbetar med "Landskap-ets upplevelsevärden" bör få fortsatt stöd. Aspekter på trygghet och säkerhet bör särskilt beaktas för att förbättra förutsättningarna för fysiskt aktivitet för alla.	Boverket		Bostad	Närmiljö
4	Ett tvärssektoriellt utvecklingsarbete om bostadsmiljöns betydelse för fysisk aktivitet bland barn och vuxna bör påbörjas.	Boverket		Bostads	Närmiljö
5	Regeringens råd för arkitektur, form och design bör utveckla idéer kring hur arkitekturen kan bidra till fysisk aktivitet i närmiljön, exem-pelvis satsning på metoder för att uppmuntra människor att regel-bundet använda trappan.	Regeringen		Bostads	Närmiljö
6	Upprätta ett särskilt program och resurser för att inventera, rusta upp och förnya landets skol- och förskolegårdar, så att de inspirerar till lek, rörelse, idrott och utomhusundervisning.	Regeringen	50 mnkr/år	Bostad	Närmiljö
7	En nationell kommitté bör bildas för att samordna, genomföra och följa upp den kommande handlingsplanen för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet med fokus på överviktsproblematiken. Utöver olika myndigheter ska forskare och berörda frivilligorganisationer ingå. Gruppen ska rapportera årligen till nationella ledningsgruppen för folkhälsa.	Statens folkhälso-institut	0,5 mnkr/år	Folkhälsa	Genom-förande och utvärdering
8	Varje kommun uppmuntras att organisera ett folkhälsoråd eller liknande som integrerar frågor om matvanor och fysisk aktivitet med annat hälsofrämjande arbete. Inom rådet bör finnas personer med kompetens inom området matvanor och fysisk aktivitet.	Kommun-erna		Folkhälsa	Genom-förande och utvärdering
9	Metoder för hälsokonsekvensbedömningar bör vidareutvecklas med speciell tonvikt på matvanor och fysisk aktivitet. Speciellt ska hälso-konsekvenser av förändringar i marknadsföring, pris, tillgänglighet och konsumtion av energitäta och näringsfattiga livsmedel bedömas.	Statens folkhälso-institut		Folkhälsa	Genom-förande och utvärdering
10	Ett index bör utvecklas för kartläggning av livsmedelstillgängligheten (exempelvis utbud av och pris på nyckelhålmärkt mat, frukt, grönsaker och energitäta livsmedel). Indexet kan användas inom kommunal planering.	Statens folkhälso-institut		Folkhälsa	Genom-förande och utvärdering
11	En nationell databas bör utvecklas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt. Utvecklingsarbetet bör göras i samarbete med barn- och skolhälsovården. Även uppgifter om amnings-frekvens från barnhälsovården, bör ingå i en sådan databas.	Social-styrelsen	0,5 mnkr/år	Folkhälsa	Genom-förande och utvärdering
12	Metoder ska utvecklas för att följa barns levnadsvanor, kroppsvikt och aspekter på psykisk hälsa i kombination med socioekonomiska faktorer.	Statens folkhälso-institut	6,5 mnkr	Folkhälsa	Genom-förande och utvärdering
13	En hälsokommunikationsstrategi för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt riktad till allmänheten ska utvecklas. Strategin ska beskriva hur implementeringen ska genom-föras på nationell, regional och lokal nivå. Hälsokommunikationen ska vara målgruppsanpassad och utnyttja verktyg och möjligheter som modern teknik ger. Strategin ska även omfatta utvärderings-metodik.	Statens folkhälso-institut		Folkhälsa	Yrkesutbild-ning och kommu-nikation

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
14	Varje kommun bör anta en policy för utbud av mat i kommunala anläggningar.	Kommun-erna		Folkhälsa	Närmiljö
15	Ett konsortium bör tillsättas med representanter från olika forskningsråd med målsättning att initiera ett antal långsiktiga forskningsprojekt, huvudsakligen av interventionskaraktär om goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.	Regeringen	80 mnkr under 7 år	Forskning	Genomförande och utvärdering
16	Avtal eller uppdragsbeskrivningar bör innehålla beställningar på hälsorelaterade mått och hälsoeffekter i redovisningarna från de olika vårdenheterna. Dessutom bör vårdenheterna inklusive tandvården ges i uppdrag att i högre utsträckning utveckla och genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, särskilt avseende matvanor och fysisk aktivitet.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
17	I all upphandling av måltidsverksamhet för patienter, personal och besökare på restauranger, kafeterior, automater och kiosker och motsvarande bör ställas krav på att hälsosamma mellanmål och nyckelhålmärkta måltider ska överväga i det totala utbudet.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
18	Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas och genomföras inom mödra- och barnhälsovården, som en del av det hälsofrämjande arbetet, och omfatta samtliga gravida och föräldrar i syfte att stödja hälsosamma levnadsvanor, särskilt avseende matvanor och fysisk aktivitet. Specifik hälsokommunikation kan utgöra en del av ett föräldrastödsprogram i mödra- och barnhälsovårdens regi.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
19	Skolhälsovården bör främja hälsosamma levnadsvanor bland barn och föräldrar. Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas som en del av det hälsofrämjande arbetet med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Elevernas längd och vikt bör rutinmässigt mätas och dokumenteras.	Kommun-erna		Hälso- och sjukvård	Skolan
20	Förebyggande program för livsstilsrelaterade sjukdomar bör vidareutvecklas och genomföras, bl a för personer med övervikt och andra personer med ökad risk för sjukdomar kopplade till matvanor och fysisk inaktivitet.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
21	Utbildning/fortbildning i motiverande samtalsmetodik för förändringar av levnadsvanor i allmänhet och matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet bör genomföras för vårdpersonal inom mödra- och barnhälsovård, tandvård, primärvård, specialiserad vård och skolhälsovård. Ett utbildnings/fortbildningspaket bör utvecklas och spridas i samarbete med universitetet/högskolor, berörda yrkesorganisationer m fl.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Yrkesutbildning och kommunikation
22	Berörda statliga myndigheter bör aktivt medverka i utvecklingen och spridningen av evidensbaserade metoder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, inklusive motiverande samtalsmetodik med fokus på matvanor och fysisk aktivitet.	Socialstyrelsen och/eller Statens folkhälsoinstitut		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
23	System bör utvecklas för tillämpning, uppföljning och utvärdering av fysisk aktivitet på recept (FaR) som en del av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården.	Samrådsgruppen för FaR	1 mnkr	Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
24	Kulturkompetensen bör förbättras i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för hälsosamma levnadsvanor, särskilt avseende mat och fysisk aktivitet.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
25	Hälsosamtal om barnets och familjens matvanor bör rutinmässigt genomföras som en del av tandhälsokontrollerna.	Sjukvårds-huvud-männen		Hälso- och sjukvård	Hälso- och sjukvård
26	En hälsoekonomisk utvärdering bör göras av "Handslaget med idrotten".	Regeringen		Idrott	Närmiljö
27	Riksidrottsförbundet bör utveckla sitt policydokument "Idrotten vill" genom att inkludera fler folkhälsofrågor i allmänhet och sambandet mellan mat och hälsa i synnerhet, samt utforma rekommendationer för sponsring i idrottssammanhang. Kvinnors och flickors deltagande i idrott bör stärkas på alla nivåer.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
28	Kommunerna bör inventera behovet av faciliteter för motion och spontanidrott under beaktande av jämställdhet och jämlikhet och bygga ut efter behov. Kommunerna bör sträva efter att alla som bor i tätort får tillgång till en näridrottsplats inom 2,5 km från bostaden och enklare anläggningar inom 1 km från bostaden, samt att det ska vara möjligt och tryggt att ta sig dit med hjälp av aktiv transport eller kollektivtrafik.	Kommunerna		Idrott	Närmiljö
29	Föreningslivet bör i samarbete med landstingen utbilda ledare i fysisk aktivitet på recept enligt metod framtagen av SISU Idrottsutbildarna och anordna lokala aktiviteter.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö
30	Idrottsrörelsen bör utveckla sin verksamhet så att den kan attrahera människor med en stillasittande livsstil, människor med invandrabakgrund samt funktionshindrade som vill idrotta på motionsnivå. Breddidrottsrådet bör få en större roll och mer resurser för att öppna dörrarna för fler.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö
31	Utbildningen till idrottsledare/tränare bör innehålla kurser om matvanornas betydelse för hälsa och om ätstörningar och idrottsanorexi.	Riksidrottsförbundet		Idrott	Närmiljö
32	Sverige ska på EU-nivå verka för att TV-reklam för mat riktad till barn förbjuds inom hela EU.	Regeringen		Konsument	Livsmedelssektorn
33	Förutsättningarna för att begränsa marknadsföring av mat riktad till barn ska prövas, bl a med hänsyn till gällande lagstiftning. Utvecklingen av denna marknadsföring ska kontinuerligt bevakas. En samarbetsgrupp för ansvarsfull marknadsföring ska bildas.	Konsumentverket		Konsument	Livsmedelssektorn
34	Konsumentorganisationer bör kunna söka bidrag hos Konsumentverket för att bevaka och offentliggöra utvecklingen inom marknadsföring av söta drycker, godis, snacks, bakverk och glass riktad till barn, samt väcka debatt om marknadsföringen.	Konsumentverket	5 mnkr/år	Konsument	Livsmedelssektorn
35	Material om marknadsföring av livsmedel i relation till hälsa riktad till ungdomar bör tas fram.	Konsumentverket	0,5 mnkr	Konsument	Skolan
36	Kommuner och skolor bör anta en sponsringspolicy för livsmedel. Som utgångspunkt bör användas vägledningen framtagen av Konsumentverket, Skolverket och Svenska Kommunförbundet.	Kommunerna		Konsument	Skolan
37	Regeringen bör utveckla en form för dialog med livsmedelssektorns olika branschorganisationer inom produktion, distribution, handel och restaurangnäringen för att diskutera hur livsmedelsbranschen kan bidra med olika åtgärder till gagn för folkhälsan. Målet kan vara en frivillig överenskommelse om etisk kod för främjande av goda matvanor.	Regeringen		Konsument	Livsmedelssektorn
38	Folkhälsokonsekvenser ska bedömas och beaktas vid relevanta internationella förhandlingar och i synnerhet vid förändringar av EUs jordbrukspolitik. Effekter av produktionsdrivande jordbruksstöd ska särskilt beaktas.	Regeringen		Livsmedel	Livsmedelssektorn
39	I EU-kommissionens kommande revidering av direktivet om näringsvärdesdeklaration bör Sverige arbeta att näringsvärdesdeklarationer blir obligatoriska på alla färdigförpackade livsmedel och att dessa deklarationer även innefattar uppgifter om fettkvalitet, socker och salt (för alla relevanta produkter).	Regeringen		Livsmedel	Livsmedelssektorn
40	Det bör utredas hur kost- och hälsofrågor kan inkluderas i myndigheternas arbete för säkra livsmedel samt hur livsmedelstillsyn kan bedrivas avseende näringsmässiga aspekter. Åtgärderna skulle kunna knytas till företagets egenkontrollprogram.	Regeringen		Livsmedel	Livsmedelssektorn
41	Förutsättningarna för att ställa krav på berörda arbetsgivare att relevant personal har nödvändiga kunskaper i basala mat- och hälsofrågor bör utredas.	Livsmedelsverket		Livsmedel	Livsmedelssektorn

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
42	Livsmedelsutbud, livsmedelspriser och marknadsföring för vissa livsmedelsgrupper (frukt, grönsaker, nyckelhålsmärkta livsmedel, godis, snacks, sötade drycker, bakverk och glass) ska årligen sammanställas och publiceras i Statistisk Årsbok.	Jordbruks-verket		Livsmedel	Livsmedels-sektorn
43	Arbetet med tillämpningen av nyckelhålsmärkning ska intensifieras, i synnerhet vad gäller märkning av måltider och tillsynen av denna inom restaurang och storhushållssektorn.	Livsmedels-verket		Livsmedel	Livsmedels-sektorn
44	Nationellt representativa, rullande kostundersökningar ska utföras så att olika åldersgrupper följs upp vart tionde år. Dessa undersökningar ska även innehålla validerade frågor om fysisk aktivitet och kroppsvikt. Undersökningarna ska kompletteras med riktade studier i olika befolkningsgrupper (avseende etnicitet, socioekonomi, kön) och särskilda studier av vissa livsmedelsgrupper.	Livsmedels-verket	3 mnkr/år	Livsmedel	Genom-förande och utvärdering
45	Information om goda matvanor och fysisk aktivitet ska utvecklas, utökas och göras mer tillgänglig för olika yrkesgrupper (vidare-informatörer).	Livsmedels-verket och Statens folkhälso-institut	20 mnkr över 3 år, sedan 1,5 mnkr årligen	Livsmedel	Yrkesutbildning och kommunikation
46	Ett nationellt program ska utvecklas för fortbildning/vidare-utbildning/kompletterande utbildning av berörd personal inom olika verksamhetsområden, såsom vård, skola, omsorg och livsmedels-sektorn. Detta program ska omfatta dels en gemensam kunskapsbas vad gäller mat – fysisk aktivitet – hälsa, dels ett antal målgrupps-anpassade tillämpningar som vänder sig till specifika yrkesgrupper.	Livsmedels-verket	2 miljoner per år i 3 år; därefter 5 mnkr/år i 5 år	Livsmedel	Yrkesutbildning och kommunikation
47	Riktlinjer för maten på arbetsplatsen ska utarbetas, spridas och utvärderas.	Livsmedels-verket	0,5 mnkr/år i 3 år	Livsmedel	Arbetsplats
48	Riktlinjer för alla måltider i förskolan, förskoleklassen, skolan och gymnasieskolan ska utarbetas, spridas och utvärderas.	Livsmedels-verket	0,5 mnkr/år i två år	Livsmedel	Skolan
49	Friluftsrådet bör få fortsatt möjlighet att bistå Naturvårdsverket att utveckla möjligheterna för friluftsliv samt ge råd till myndigheter och övriga i sådana frågor och stärka sin forskningskompetens.	Regeringen		Miljö	Närmiljö
50	Ideella friluftsförbund bör i likhet med idrottsrörelsen få ökat ekonomiskt stöd för att uppmuntra fler att bli fysiskt aktiva. Särskilda insatser ska göras för barn och ungdomar, personer med utländsk härkomst, äldre, arbetslösa och långtidssjukskrivna att bli mer fysiskt aktiva utomhus. Friluftsrådet bör ansvara för utdelningen och utvärderingen av stödet.	Regeringen		Miljö	Närmiljö
51	Friluftslivet bör aktivt främjas för att locka nya grupper ut i naturen och på så sätt minska stillasittandet. Länsstyrelserna bör aktivt involveras och få utökade resurser för detta.	Länsstyrelser	20 mnkr/år	Miljö	Närmiljö
52	En hälsokonsekvensbedömning bör ingå som ett kriterium vid tilldelning av medel till regeringens program för kommunal naturvård. Projekten bör utvärderas ur ett folkhälsoperspektiv.	Regeringen		Miljö	Närmiljö
53	Kommunerna bör som ett underlag i sina översiktsplaner utarbeta naturvårdsprogram, bl a i syfte att bevara och utveckla friluftslivet och möjligheter till fysisk aktivitet. Hälsokonsekvensbedömningar bör utföras parallellt med eller som en del av miljökonsekvens-beskrivningar av planerade projekt.	Kommun-erna		Miljö	Närmiljö
54	Möjligheten att minska konsumtionen av choklad, konfektyr och sötade drycker med hjälp av beskattning eller andra ekonomiska stymedel bör utredas, liksom möjligheten att genom beskattning minska intaget av socker och fett generellt.	Regeringen		Skatt	Livsmedels-sektorn
55	En europeisk konferens om förutsättningarna för skattepolitiska åtgärder inom mat- och hälsoområdet bör arrangeras.	Regeringen	1 mnkr	Skatt	Livsmedels-sektorn
56	Förutsättningarna för skattesubventionerade nyckelhålsmärkta måltider bör utredas. En sådan utredning bör även klarlägga förutsättningarna för en tillfredställande kontroll eventuellt genom ett från myndigheterna fristående certifieringssystem.	Regeringen		Skatt	Livsmedels-sektorn

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
57	Den nationella cykelstrategin ska vidareutvecklas och genomföras. Cykling bör inkluderas i den nationella vägdaten för att möjliggöra bedömningar av resursinsatserna. Planeringen av statliga vägar bör beakta en god infrastruktur för säkra cykel- och gångvägar. Beslutsunderlaget bör innefatta sociala konsekvensbedömningar. En manual/handbok bör utvecklas för att stärka bedömningen av den samhällsekonomiska nyttan av investeringar i cykelinfrastruktur på lokal nivå.	Vägverket	2 mnkr	Transport	Närmiljö
58	Åtgärder för gång- och cykeltrafik bör inkluderas i länstransportplanerna och inkludera sociala konsekvensbedömningar.	Länsstyrelser		Transport	Närmiljö
59	Ett statligt program för samfinansiering av kommunala gång- och cykelbanor bör inrättas.	Regeringen	100 mnkr/år	Transport	Närmiljö
60	För att öka möjligheten till aktiv transport bör hastighetsreducerande åtgärder vidtas i bostadsområden. Olika kategorier av trafikanter bör i så hög grad som möjligt separeras. Lokal infrastruktur bör anpassas till gåendes, cyklisters och funktionshindrades behov och önskemål.	Kommunerna		Transport	Närmiljö
61	Vägverkets arbete med barn och ungdomar i trafiken bör ha hög prioritet.	Vägverket		Transport	Närmiljö
62	Den nya skollagen bör inkludera begreppet "hälsa" i portalparagrafen. Skollagen bör uttrycka att de måltider som serveras inom förskolan, skolan och gymnasieskolan ska vara i linje med gällande nationella näringsrekommendationer.	Regeringen		Utbildning	Skola
63	Kunskapsämnet hem- och konsumentkunskap bör införas som ett kärnämne i gymnasieskolan.	Regeringen		Utbildning	Skola
64	Medel bör delas ut av Myndigheten för skolutveckling till skolor som vill utveckla försöksverksamhet kring goda matvanor och fysisk aktivitet.	Regeringen	20 mnkr/år	Utbildning	Skola
65	Frågor om mat och fysisk aktivitet bör integreras med och inta en central plats i utbildningen om hållbar utveckling.	Regeringen		Utbildning	Skola
66	Fortsatt stöd bör ges till Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdomar (NCF) och ett utökat mandat så att det kan verka för en integration av goda matvanor och fysisk aktivitet och som även inkluderar förskolans verksamhet.	Regeringen	6 mnkr/år	Utbildning	Skola
67	Ämnet Idrott och hälsa bör utvecklas och kvalitetssäkras. Speciellt lågaktiva barns önskemål och behov ska beaktas, liksom genusperspektivet i undervisningen.	Skolverket		Utbildning	Skola
68	Kvalitetsindikatorer för undervisningen om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa och hälsofrämjande miljöer avseende matvanor och fysisk aktivitet i förskolan och skolan bör utvecklas och finnas med vid inspektion, granskning och utvärdering.	Skolverket		Utbildning	Skola
69	I kommunernas kvalitetsredovisningar av förskolornas och skolornas arbete bör finnas beskrivet hur miljön främjar goda matvanor och fysisk aktivitet. Undervisningen om matvanor och hälsa bör dessutom utgöra ett indikatorområde.	Kommunerna		Utbildning	Skola
70	Ämnet Hem- och konsumentkunskap bör förstärkas. Särskild vikt bör läggas vid matvanornas betydelse för hälsan och kunskap om marknadsföring av livsmedel. Genusperspektivet i undervisningen bör beaktas.	Kommunerna		Utbildning	Skola
71	Fritidsverksamhet som inkluderar fysisk aktivitet inom skolans ram bör utvecklas och kvalitetssäkras.	Kommunerna		Utbildning	Skola
72	Arbete med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i skolan bör integreras med arbetet att stärka sociala relationer och psykisk hälsa.	Kommunerna		Utbildning	Skola
73	I gymnasieskolan bör utbildningar som leder till yrken inom vård, förskola, livsmedelssektor och omsorg, t ex undersköterskor, restaurangpersonal och barnskötare, innehålla karaktärsämnen i mat, fysisk aktivitet och hälsa.	Regeringen		Utbildning	Skola

Insats nr	Insatsformulering	Huvud-aktör	Kostnad för staten	Politik-område	Insats-område
74	På universitet och högskolor bör kurser utvecklas om matvanor, fysisk aktivitet och hälsokommunikation vilka kan ingå som valfria eller obligatoriska moment inom grund- och fortbildning i utbildningar för yrken inom skola, omsorg, vård och livsmedelstillsyn.	Högskola/universitet		Utbildning	Skola
75	Antalet utbildningsplatser för utbildning till lärare i hem- och konsumentkunskap bör utökas samt möjligheten för studerande vid andra högskolors lärarprogram att komplettera med ämnesstudier i hem- och konsumentkunskap vid högskolor/universitet som erbjuder detta bör utvecklas.	Högskola/universitet		Utbildning	Skola
76	En utredning bör tillsättas som ska analysera organisationen kring måltidssituationen inom äldreomsorgen.	Socialstyrelsen	0,5 mnkr	Äldre	Närmiljö
77	Vägledning och kvalitetsindikatorer för mat och fysisk aktivitet bör utarbetas inom äldreomsorgen.	Kommunerna		Äldre	Närmiljö
78	Äldre personer bör ha möjlighet till daglig fysisk aktivitet som är lämplig med hänsyn till individens ålder och hälsotillstånd samt till daglig utevistelse för att förbättra styrka, rörlighet, kondition, koordination och balans. Aktivitetsprogram anpassade för äldres behov bör utvecklas. Hemmaboende äldre bör få förebyggande hembesök med bl a rådgivning om lämplig mat och fysisk aktivitet.	Kommunerna		Äldre	Närmiljö
79	Skapa mötesplatser i närområdet som främjar fysisk aktivitet och goda matvanor bland äldre samt minskar isolering och stillasittande.	Kommunerna		Äldre	Närmiljö

Summary

Task and methodology

The Swedish Government intends to put forward an action plan for healthy dietary habits and increased physical activity. The aim of such an action plan is to introduce measures to improve the prerequisites for healthy dietary habits and physical activity in order to contribute to the overall public health aim: ‘To create social conditions which ensure good health, on equal terms, for the entire population.’

The Swedish National Food Administration and the Swedish National Institute of Public Health were commissioned to draw up a basis for an action plan containing proposals for quantifiable targets (including an objective for societal measures regarding healthy dietary habits), strategies for achieving such targets, measures to be implemented by the relevant actors, funding and cost estimates of the proposed measures. Particular attention had to be paid to the living conditions of children and young people. Gender, socio-economic status and ethnicity were also to be considered. The background material should contribute to the Government’s efforts to achieve sustainable development.

During the course of the project, the ideas and experiences of representatives of municipalities, county councils, schools, the food industry, the media, central agencies, universities, NGOs and international experts were considered. This was achieved through hearings, round-table discussions and seminars. In addition, some evaluations and reviews on relevant topics were carried out. Current scientific evidence was obtained from literature, reports, investigations and action plans in other countries. Progress reports on the drafting of the background material have been presented by the project group at a number of conferences and seminars. Reports have also been regularly posted on the websites of both agencies. Concrete measures have been determined in consultation with a number of key stakeholders. The costs of proposed government measures actions have been calculated, but it has not been possible to give detailed estimates due to a lack of time.

Background and problem description

Public health issues related to dietary habits and physical inactivity

Dietary habits and physical inactivity contribute to mortality and several common non-communicable diseases. The World Health Organization (WHO) estimates that 80 per cent of cardiovascular disease, 90 per cent of type 2 diabetes and 30 per cent of all cancers could be prevented by a healthy diet, adequate amounts of physical activity and by people not smoking. Too high energy intake and physical inactivity are also the direct causes of the increasing prevalence of overweight and obesity.

In Sweden, the proportion of obese adults has doubled since 1980, while the prevalence of overweight men and women has increased by 20 and 30 per cent respectively during the same period. Today, over half of all Swedish men and a third of women are overweight or obese. Eleven per cent of men are obese, while the corresponding figure for women is 9 per cent. In Sweden, there is currently no national representative data on children's weight and height. Various studies show that 15–20 per cent of children are overweight, and 1–5 per cent of these are obese. The results of various studies indicate that the prevalence of overweight and obesity among children has increased between two- and five-fold since the mid-1980s, mirroring the international trend. Obesity in children and adults gives rise to great human suffering.

Obesity and related diseases are among the most unevenly distributed health conditions and the trend is towards an increase in social differences. There is also a social difference as regards cardiovascular diseases. Mortality is 1.5 times higher among the working class and poorly educated compared with the rest of the population.

Dietary habits and physical activity

Swedes are unlikely to suffer from vitamin, mineral or protein deficiency, but 90 per cent of the adult population eats less than the recommended amount of fibre. The increased prevalence of overweight shows that total food consumption is higher than the requirement. Eighty per cent of the population eat too much fat, 96 percent eat too much saturated fat and half eat too much sugar. Studies on children show similar figures. Young, poorly educated men generally eat a less healthy diet than other groups. Children whose parents have only a short education have a worse diet, and are often more overweight, than those whose parents have a longer education.

Around half of all adults exercise less than the recommended amount and 14 per cent of the population are more or less sedentary in their spare time. Among 15-year-olds, 36 per cent of the girls and 22 per cent of the boys do not take the recommended amount of exercise. A sedentary lifestyle is more common for the lower educated, those with an immigrant background and among low-income groups.

Societal changes impacting dietary habits and physical activity

Technological development and an increasing global food production in combination with economic growth have had a positive effect on health, but these factors have also contributed to reduced physical activity levels and altered dietary habits.

The growth of motoring, the invasion of TV and computers and an ever-more automatised workplace in recent decades have led to a decrease in human energy expenditure. Even though the effects of each single technological innovation may be small, together they contribute to a considerably lower energy requirement. Compared with earlier times, physical activity is now performed to a higher degree in leisure time than at work. The increasing interest in exercise during the past decade has not compensated for the decrease in physical activity at work and active transport (walking or cycling).

A sedentary lifestyle is a strong contributory factor in the development of overweight and obesity. In today's society, therefore, individuals must avail of every opportunity for physical activity, e.g. by using the stairs instead of the lift and walking or cycling instead of taking the bus or car. This requires an active and conscious action on the part of the individual. However, it also requires conscious action on the part of society to create an environment that promotes and facilitates everyday physical activity in all population groups.

In the EU, average energy availability from food is around 3,500 kcal per day, while the requirement is on average just over 2,000 kcal per day. According to the Food and Agriculture Organization (FAO), energy availability from food is expected to continue to increase in the next 25 years. Historically, food prices relative to income have never been as low as they are today. This has been achieved through higher productivity in agriculture and has naturally provided the basis for people to improve their diet. However, increased access to food in combination with decreasing prices and increasing consumer income has also led to an overconsumption of food. The measurable increase in energy intake in Sweden has been around 100 kcal per day over a period of 8 years. This may seem little, but an extra daily intake of this size for one year corresponds to the energy contained in 4-5 kg of adipose tissue.

For the individual consumer, these changes mean that food is now more available throughout society. Portion or package sizes of e.g. fast food, soft drinks, sweets, ice cream, crisps, cakes and cookies have also grown. Marketing of food, especially of the products mentioned, has increased in scope and sophistication (e.g. by exploiting lifestyle, group affinity and emotions), in turn contributing to increased consumption.

Foods that have been particularly implicated as contributory factors to obesity include energy-dense and low-nutrient items, soft drinks and probably even alcohol.

Today's society requires a very active and knowledgeable consumer who can resist the constant temptation to eat and drink. Apart from better information and awareness by consumers, action is needed on the part of society to reduce the availability and demand for soft drinks, sweets, ice cream, crisps, cakes and cookies and to increase those for healthy foods.

There is no scientific evidence to show that measures to reduce obesity lead to an increased prevalence of eating disorders in the population. However, uncontrolled dieting by children and young people may lead to eating disorders. Prevention of obesity among children and young people and qualified treatment of obesity should therefore lead to a decreased incidence of eating disorders in the long term.

A review of health promotion activities at the municipal level in Sweden showed that 26 out of a total of 290 municipalities had an action plan for physical activity and only 13 had one for healthy dietary habits. This highlights the great need for the development of community-based measures to promote healthy dietary habits and increased physical activity.

Lessons from the current Swedish strategy for nutrition

An action plan for nutrition was adopted by the Swedish Government in 1995. A strategy was then devised at the central agency level including concrete measures to achieve the targets established as part of the action plan. The document is entitled 'Swedish National Aims and Strategies for Nutrition, 1999-2004'.

– An evaluation of this document showed that despite being considered useful, it has not fulfilled its intended function. A number of concrete suggestions were given for how a proposed action plan could be successfully implemented:

- The action plan should originate from the government and/or parliament.
- Health promotion concerning healthy dietary habits and increased physical activity should be institutionalised at the local and regional level in order to ensure coordination and continuity.
- All those affected by the action plan should have a participatory role.
- An action plan should not be designed as a wish list. It must also be possible to put the plan into practice. It is insufficient to merely suggest

what is to be achieved, e.g. healthy school meal, there must also be a description of *how* this can be achieved.

- Adequate resources should be guaranteed for advocacy, development and implementation. The implementation of an action plan requires continuity, structure, farsightedness and resources.
- Methods should be created for monitoring and evaluation during the implementation phase. Quantifiable targets should be continually evaluated.

Health economics and obesity

The direct costs of obesity and obesity-related diseases in Sweden are currently around 2 per cent of the total healthcare budget, i.e. approximately SEK 3 billion (EUR 332 million) per year. The indirect costs of sick leave and early retirement caused by obesity are not known, but they are likely to be several times that amount. If the prevalence of obesity continues to increase at the same rate as in the 1990s, it is estimated that 60 per cent of Swedes will be over-weight or obese by 2030, which would mean that the costs of obesity to the Swedish health care system would increase by 120 per cent between 2003 and 2030. Such development would be unsustainable in both health and economic terms.

To identify the most cost-effective measures for society, cost effectiveness analyses should be carried out. Such analyses investigate the relationship between the possible health effects of a certain measure and the costs of implementing that measure. However, the knowledge base for carrying out such analyses is currently inadequate, which means caution must be exercised in choosing among available options. Central government, county councils and municipalities can most likely save costs in both the short and long term by promoting healthy dietary habits and increased physical activity in the population and thus decreasing the incidence of overweight and obesity and other lifestyle-related diseases.

Objectives and targets

Objectives regarding societal measures for healthy dietary habits and increased physical activity

1. Society should be organised in such a way as to make it is easy for all groups in the population to have healthy dietary habits.
2. Society should be organised in such a way as to provide the conditions for increased physical activity for all groups in the population.

Quantifiable targets for healthy dietary habits

1. Increase consumption of fruit and vegetables.
2. Increase consumption of keyhole-labelled food.
3. Decrease consumption of foods such as soft drinks, sweets, ice cream, crisps, cakes and cookies, and alcoholic drinks.

The Nordic Nutrition Recommendations are published by the Nordic Council of Ministers after consultation with Nordic researchers and representatives of national authorities. The recommendations are based on evaluation of the scientific literature available at the time of each revision. Food-based recommendations are drawn up based on the nutrition recommendations. A comparison of a diet fulfilling all the nutrition recommendations for the average Swedish diet shows that the most significant changes in diet from a public health perspective would be to:

- Double the consumption of fruit and vegetables (recommended consumption is at least 500 grams per day for adults and approximately 400 grams per day for children 4–10 years).
- Double the consumption of bread, particularly wholegrain bread (recommended consumption is 150–200 grams of bread per day).
- Change to liquid cooking fats and oils.
- Choose keyhole-labelled dairy and processed meat products.
- Double the consumption of fish (recommended consumption is 2–3 times per week).
- Halve the intake of salt (recommended intake is 5–6 grams per day).
- Halve the consumption of soft drinks, sweets, ice cream, crisps, cakes, cookies and alcoholic drinks (max. 15 per cent of energy intake should come from such products, including alcohol, which should not exceed 5 per cent of energy intake).

Quantifiable targets for physical activity

1. Increase the proportion of healthy adults who take at least 30 minutes of moderate physical activity every day, or in total at least 3.5 hours per week.
2. Increase the proportion of healthy children who are physically active for at least 60 minutes of moderate exercise every day, or in total at least 7 hours per week.
3. Decrease the proportion of children and adults with a sedentary lifestyle.

The current recommendation for at least 30 minutes of moderately intensive physical activity daily (for example brisk walks) is primarily based on its effect on cardiovascular health. This recommendation has a strong, scientific connection with functional effects such as a reduction in blood pressure and blood sugar levels and improved heart function. The recommended level of activity facilitates weight control, especially in people with a relatively sedentary lifestyle. However, if energy intake is increased, 45–60 minutes per day of at least moderate exercise are required to maintain a stable body weight. People who have been overweight or obese, but who have lost weight, require 60–90 minutes of at least moderate physical activity per day to maintain their current weight. The public health effects are particularly significant if the elderly and people with a sedentary lifestyle can be stimulated to become physically active.

Physical activity in children contributes to physical development, maintenance of energy balance, well-being, bone strength and mobility. At the same time, physical activity is important for play and recreation, in learning motor and social skills and in the development of creativity. It is recommended that children are physically active 60 minutes per day at a moderately intensive level, of which two sessions per week should contain activities that develop skeletal strength, endurance and mobility.

Quantifiable targets for body weight

1. Prevent weight gain from normal to overweight in adults.
2. Promote normal weight gain in children.

Health promotion and disease prevention aims to ensure that fewer people become overweight, especially children. For children who are still growing, and gain weight for that reason, the main aim is to ensure that their weight does not deviate from established weight curves. Overweight children do not necessarily need to achieve weight loss. Their BMI can be normalised if they maintain a fixed weight while still growing in height.

Strategy for achieving the targets

Changes in society have had a considerable effect on dietary habits and physical activity. To improve people's dietary habits and increase their physical activity, changes must first be directed at the societal level, where the prerequisites for healthy dietary habits and physical activity are formed, so that it becomes easy to have a healthy lifestyle. It is particularly important to influence the supply, availability and/or demand for food and physical activity in combination with consistent messages about healthy dietary habits and physical activity. Experience shows that people more often make healthy choices if the surrounding environment is supportive. On the basis of the Swedish public health policy, the WHO global strategy on diet, physical activity and health and current research in public health, the strategy for achieving the targets set for healthy dietary habits, physical activity and body weight is as follows:

- Measures must be directed at both the societal and individual level.
- Measures must be long-term.
- Resources must be made available for implementation.
- Measures must be coordinated at the national, regional and local level.
- Measures must build on partnerships between the public, private and voluntary sectors.
- Measures at the national level are incorporated into those government policy areas which have the greatest influence on people's dietary habits and physical activity.
- Interventions must take local conditions into consideration and be based on public participation.
- Evaluation and monitoring must be continuously integrated into the process.

Measures proposed to improve the prerequisites for healthy dietary habits and increased physical activity

A systematic review carried out by the Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU) in 2004 revealed that it is possible to prevent obesity in children and young people through limited school-based programmes stimulating children to improve their dietary habits often in combination with more physical activity. However, the effects are rather weak and difficult to measure without simultaneous interventions being carried out in the home environment, leisure time and society as a whole. There is a lack of published studies on broad multisectoral interventions of the type recommended here. The evidence for prevention of obesity in healthy adults is somewhat weaker than for children, although intervention studies concerning patients with several risk factors for cardiovascular disease have successfully reported weight loss. The conclusion is that it is difficult to achieve lifestyle changes in healthy adults without considerable societal changes. Large sections of the population cannot be reached using health education alone.

The background material for the action plan contains a total of 79 different proposals for measures. A lead actor is allocated specific responsibility for each measure. Frequently it is specified that a measure be introduced in collaboration or consultation with other specified actors. The costs to central government actors are specified when the proposed measure requires state funding in excess of the ordinary budget of the agency in question. The costs to municipalities and county councils are not specified. However, implementation of a number of the proposed measures will require additional funding.

The measures are listed by policy area in accordance with the Swedish governmental administrative system. The policy areas described are felt to be highly important in influencing social conditions for healthy dietary habits and physical activity. Measures to be performed by actors other than national agencies have been listed under the most appropriate policy area. There are already objectives and interim targets formulated within each policy area. Several of these lend excellent support to the promotion of healthy dietary habits and physical activity.

Of the 79 proposed measures, 50 are to be carried out by the government or central agency, 14 by municipalities, 7 by county councils, 4 by non-governmental organisations, 2 by universities/university colleges and 2 by county administrative boards. Eleven different central agencies are given as lead actors.

The proposed measures are mainly based on evidence in the scientific literature and/or experience described in various types of reports. Many are in line with what is proposed in other countries' action plans for healthy dietary habits and increased physical activity. A particular characteristic of the Swedish background material is that measures are proposed within such a large number

of policy areas, marking a new and broader approach. This is in line with the Swedish public health policy and underlines the need for health impact assessments in policies outside public health. In addition, there are proposals for government enquiries into the possible taxation of unhealthy foods and subsidies to healthy foods. It is also proposed that diet and health issues be included in national food inspection and enforcement activities.

Measures that promote the creation of supportive environments for healthy dietary habits and increased physical activity for children and young people should be given priority in the first phase, along with research into these issues. To implement the action plan, measures regarding its coordination and monitoring must also be prioritised. The measures proposed affect many sectors in society and there are synergy effects to be gained from measures being implemented within the different policy areas.

How the local environment is designed is crucial to people's ability and desire to engage in physical activity. The supply of food available locally can affect food habits. Within this area, there are measures relating to active transport, housing environments, outdoor recreation, sports, activities for the elderly and food supplied in publicly-funded premises.

Schools and pre-schools reach all children. School health education concerns food, physical activity and health. The school environment is also very important for a healthy lifestyle. Proposed actions involve amendments to school legislation, reinforcement of health education concerning food and physical activity, food in schools, the physical and social school environment, leisure activities at school and school healthcare.

The health and medical service reaches a very large proportion of the population via its maternal healthcare, child healthcare and dental care activities, often in a life situation where the individual is strongly motivated to live a healthier life. This provides the potential for methods such as motivational interviewing and preventive programmes, which can be very significant for socio-economically disadvantaged groups. Within this sector, there are also measures regarding the supply of foods available within the health and medical service.

Professional training and communication: A prerequisite for schools and the health and medical service to be able to exploit their health-promoting potential as regards food and physical activity is that the staff is well trained and that training is given priority by decision-makers. It is therefore proposed that courses on food and physical activity be included in secondary school and university/college programmes leading to a profession in healthcare and teaching, in addition to comprehensive training of these professional groups. A strategy for health communication concerning healthy dietary habits and increased physical activity to the public should be developed.

The workplace reaches the greatest proportion of the adult population and has good potential to promote healthy dietary habits and physical activity during the working day. Proposed actions include certification of health promoting work-places and guidelines for food available in the workplace.

The food sector through its supply management, pricing, and marketing strategies represents both part of the problem and part of the solution for better dietary habits. The proposed measures concern agricultural policy, marketing, food labelling, food inspection and enforcement and public enquiries on taxes and meal subsidies.

All the proposed measures are summarised in the table on the following pages.

Proposed measures of the action plan for healthy dietary habits and increased physical activity

Measure no.	Description of measure	Lead actor	Cost to government	Policy area	Domain
1	Criteria should be developed for the certification of health-promoting workplaces including policies for food and physical activity.	National Institute for Working Life and Swedish Work Environment Authority		Working life	Workplace
2	Proposals should be developed for how knowledge and skills on food and physical activity can be included as a recurring feature in the reemployment policy programme.	Swedish National Labour Market Administration		Working life	Workplace
3	The multisectoral group of agencies working on 'Landscape Appreciation Values' should receive continued support. Aspects of security and safety should be particularly considered to improve the prerequisites for physical activity for all.	National Board of Housing, Building and Planning		Housing	Local environment
4	A multisectoral development project on the importance of the housing environment for physical activity among children and adults should be initiated.	National Board of Housing, Building and Planning		Housing	Local environment
5	The Government's Council for Architecture, Form and Design should develop ideas relating to how architecture can contribute to physical activity, e.g. developing methods to encourage people to regularly use the stairs.	Government		Housing	Local environment
6	Government should introduce a specific programme and devote resources to make an inventory of, refurbish and renovate school and pre-school playgrounds so that they inspire play, movement, sport and outdoor education.	Government	SEK 50 m/yr	Housing	Local environment
7	A national committee should be created to coordinate, implement and monitor the forthcoming action plan for good dietary habits and increased physical activity focusing on obesity issues. In addition to the relevant agencies, scientists and NGOs should be included. The group should report annually to the National Public Health Executive Committee.	National Institute of Public Health	SEK 0.5 m/yr	Public health	Implementation and evaluation
8	Each municipality will be encouraged to establish a public health board or equivalent. This board should include experts in the area of diet and physical activity who should integrate these issues into community-based health promotion.	Municipalities		Public health	Implementation and evaluation
9	Health impact assessment methods should be developed further with particular emphasis on dietary habits and physical activity. The health impacts of changes in marketing, price, availability and consumption of energy-dense and low-nutrient foods should be assessed.	National Institute of Public Health		Public health	Implementation and evaluation
10	An index should be developed for surveying food availability (supply and price of keyhole-labelled food, fruit, vegetables, and energy-dense foods). The index should be used for local planning.	National Institute of Public Health		Public health	Implementation and evaluation
11	A national database should be set up for reporting and monitoring children's height and weight. This work should be carried out in collaboration with child healthcare and the school healthcare service. Data on breastfeeding from child healthcare records should be included in such a database.	National Board of Health and Welfare	SEK 0.5 m/yr	Public health	Implementation and evaluation
12	Methods should be developed for monitoring children's dietary habits and physical activity, body weight and aspects of mental health in combination with socio-economic factors.	National Institute of Public Health	SEK 6.5 m	Public health	Implementation and evaluation

Measure no.	Description of measure	Lead actor	Cost to government	Policy area	Domain
13	A health communication strategy for healthy dietary habits, increased physical activity and prevention of overweight directed at the public should be developed. This strategy should describe implementation at the national, regional and local level. Health communication should be target group-specific and utilise the tools and potential provided by modern technology. The strategy should also include evaluation methodology.	National Institute of Public Health		Public health	Vocational training and communication
14	Every municipality should adopt a policy regarding the food provided in municipal establishments.	Municipalities		Public health	Local environment
15	A consortium should be set up with representatives from various research councils with the aim of initiating a number of long-term research projects, mainly intervention research concerning diet and physical activity.	Government	SEK 80 m over 7 yrs	Research	Implementation and evaluation
16	Contracts or commissions should contain requirements for health-related parameters and health effects to be included in reports from the various healthcare units. In addition, these healthcare units, including dental care services, should to a greater extent be called on to develop and implement health promotion and disease prevention programmes, particularly relating to healthy dietary habits and physical activity.	County councils		Health and medical care	Health and medical care
17	When procuring food for patients, staff and visitors to restaurants, cafes, vending machines, kiosks, etc. in health care premises, purchasers should require that healthy snacks and keyhole-labelled meals dominate the total supply.	County councils		Health and medical care	Health and medical care
18	Health communication should be improved within the maternity and child healthcare services as part of health promotion efforts with all pregnant women and parents aimed at promoting healthy lifestyles, especially dietary habits and physical activity. Specific health communication can e.g. form part of a parent support programme.	County councils		Health and medical care	Health and medical care
19	The school healthcare service should promote healthy lifestyles among children and parents. Health education should be further developed as part of health promotion activities to promote healthy dietary habits and increased physical activity. Pupil height and weight should be routinely recorded.	Municipalities		Health and medical care	Schools
20	Preventive programmes for lifestyle-related diseases should be further developed and implemented, e.g. for overweight individuals and others with risk factors for diseases associated with dietary habits and physical inactivity.	County councils		Health and medical care	Health and medical care
21	Training in motivational interviewing techniques for changing lifestyle in general, and diet and physical activity in particular, should be provided for healthcare professionals in the maternity, child, dental, primary, secondary and school healthcare services. A training package should be developed and disseminated in cooperation with universities/university colleges, relevant professional organisations, etc.	County councils		Health and medical care	Vocational training and communication
22	Relevant national agencies should actively participate in the development and dissemination of evidence-based methodology concerning health promotion and disease prevention programmes, including motivational interviewing techniques for healthier lifestyles, focusing in particular on diet and physical activity, for use in the primary, secondary, maternity, child, school and dental health services.	National Board of Health and Welfare and/or National Institute of Public Health		Health and medical care	Health and medical care
23	Systems should be developed for applying, monitoring and evaluating 'physical activity on prescription' initiatives as part of health promotion and disease prevention in the health and medical service.	National Consultation Group for Physical Activity on Prescription	SEK 1 m	Health and medical care	Health and medical care

Measure no.	Description of measure	Lead actor	Cost to government	Policy area	Domain
24	Cultural competence should be improved in health promotion and disease prevention concerning healthy lifestyles, particularly with regard to diet and physical activity.	County councils		Health and medical care	Health and medical care
25	Health discussions on dietary habits of children and the family should routinely be carried out as a part of dental health checks/visits to the dentist's.	County councils		Health and medical care	Health and medical care
26	A health economics evaluation should be carried out on the 'Handslaget med idrotten' (Handshake with Sport) initiative.	Government		Sport	Local environment
27	The Swedish Sports Confederation should develop its policy document 'Sports will, aims and guidelines for the sports movement in the twentieth century' to include more public health issues in general and relationships between food and health in particular, and draw up recommendations for sponsorship in sport. Participation by women and girls in sport should be reinforced at all levels.	Swedish Sports Confederation		Sport	Local environment
28	Municipalities should carry out an inventory of their current facilities for exercise and spontaneous sport from the point of view of gender equality and equal opportunities and expand them where necessary. Municipalities should ensure that all those living in urban areas have access to local sports facilities within 2.5 km of home and more basic facilities within 1 km of home. It should also be possible and safe to get there by active or public transport.	Municipalities		Sport	Local environment
29	Sports and leisure clubs in collaboration with county councils should train leaders in 'physical activity on prescription' according to methods developed by SISU Sports Education and organise local activities.	Swedish Sports Confederation		Sport	Local environment
30	The sports movement should develop its activities so as to attract people with a sedentary lifestyle, people with an immigrant background and those with disabilities who wish to participate in amateur sports. The Sports for All Council should be given more resources to open doors for more people.	Swedish Sports Confederation		Sport	Local environment
31	Education programmes for sports leaders/coaches should contain courses about the importance of dietary habits for health and about eating disorders and sports anorexia.	Swedish Sports Confederation		Sport	Local environment
32	Sweden should work at the EU level to ensure that TV food advertising targeted at children is banned throughout the EU.	Government		Consumer	Food sector
33	The prerequisites for restricting food marketing activities targeted at children should be examined, e.g. in respect of existing legislation. Trends in marketing should be continually monitored. A collaborative group for responsible marketing should be created.	Swedish Consumer Agency		Consumer	Food sector
34	Consumer organisations should be able to apply for funding from the Swedish Consumer Agency for monitoring and publicising developments in the marketing of soft drinks, sweets, crisps, cakes and cookies and ice cream directed at children, and to initiate a debate on such marketing.	Swedish Consumer Agency	SEK 5 m/yr	Consumer	Food sector
35	Material directed at young people about food marketing in relation to health should be produced.	Swedish Consumer Agency	SEK 0.5 m	Consumer	Schools
36	Municipalities and schools should adopt a food sponsorship policy. The guide developed by the Swedish Consumer Agency, the Swedish National Agency for Education and the Swedish Association of Local Authorities should be used as a starting point.	Municipalities		Consumer	Schools
37	The Government should develop a form of dialogue with the food sector's various trade organisations in the areas of food production, distribution, retail and catering, in order to discuss how the food sector can contribute to healthy dietary habits. The result may be a voluntary agreement, such as an ethical code.	Government		Consumer	Food sector

Measure no.	Description of measure	Lead actor	Cost to government	Policy area	Domain
38	Public health impacts should be assessed and considered in relevant international negotiations and in particular regarding reforms to the EU Common Agricultural Policy. The effects of product support should be given particular consideration.	Government		Food	Food sector
39	In the EU Commission's impending review of the directive on nutrient labelling, Sweden should work to ensure that nutrient labelling be made compulsory for all pre-packaged foods and that all such labelling also contain details about fat quality, sugar and salt (for relevant products).	Government		Food	Food sector
40	An enquiry should be carried out on how diet and health issues can be included in the national food safety work and on how food inspection and enforcement activities can be expanded to include nutritional aspects. Such measures could be linked to companies' self-inspection programmes.	Government		Food	Food sector
41	The prerequisites should be investigated for requiring the relevant employers in the food sector to ensure their employees have the necessary training in basic diet and health issues.	National Food Administration		Food	Food sector
42	Data on food supply, food prices and marketing of certain food groups (fruit, vegetables, keyhole-labelled foods, sweets, crisps, soft drinks, cakes, cookies and ice cream) should be compiled annually and published in the Statistical Yearbook of Sweden.	Swedish Board of Agriculture		Food	Food sector
43	The work of applying keyhole-labelling should be intensified, particularly regarding labelling of meals and inspection/enforcement of this within the restaurant and large-scale catering sector.	National Food Administration		Food	Food sector
44	Nationally representative dietary surveys should be carried out so that different age groups are monitored every 10 years. These surveys should also contain validated questions on physical activity and body weight. The surveys should be supplemented with targeted studies on different population groups (in terms of ethnicity, socio-economics, gender), and specific studies on certain food groups.	National Food Administration	SEK 3 m/yr	Food	Implementation and evaluation
45	Information on healthy dietary habits and physical activity should be developed, expanded and made more accessible to different vocational groups (information disseminators).	National Food Administration and National Institute of Public Health	SEK 20 m over 3 yrs, then SEK 1.5 m/yr	Food	Vocational training and communication
46	A national programme should be developed for training of relevant staff within different professional areas such as healthcare, education, elderly care and the food sector. This programme should include both a common knowledge base as regards diet – physical activity – health and a number of target group-specific applications directed at particular vocational groups.	National Food Administration	SEK 2 m/yr for 3 yrs, then SEK 5 m/yr for 5 yrs	Food	Vocational training and communication
47	Guidelines for food in the workplace should be developed, disseminated and evaluated.	National Food Administration	SEK 0.5/yr for 3 yrs	Food	Workplace
48	Guidelines for all meals provided in pre-school, pre-school class, compulsory school and upper secondary school should be developed, disseminated and evaluated.	National Food Administration	SEK 0.5 m/yr for 2 yrs	Food	Education
49	The National Council for Outdoor Recreation should be given further scope to assist the Environmental Protection Agency in developing access to outdoor recreation, to advise agencies and others on such issues and to strengthen its own research expertise.	Government		Environment	Local environment
50	Non-governmental outdoor recreation organisations should, similarly to the sports movements, be given increased economic funding to encourage more people to become physically active. Particular efforts should be made to encourage children and young people, people with immigrant backgrounds, the elderly, the unemployed and the chronically ill to be more physically active outdoors. The National Council for Outdoor Recreation should be responsible for distributing and evaluating such funding.	Government		Environment	Local environment

Measure no.	Description of measure	Lead actor	Cost to government	Policy area	Domain
51	Outdoor recreation should be actively encouraged to attract new groups and hence reduce inactivity. County administrative boards should be actively involved and be given extra resources for this.	County administrative boards	SEK 20 m/yr	Environment	Local environment
52	A health impact assessment should be included as a criterion when allocating funding to the government's local nature conservation programmes. The projects should be evaluated from a public health perspective.	Government		Environment	Local environment
53	As a foundation for their overall plans, municipalities should develop nature conservation programmes, e.g. with the aim of preserving and developing outdoor recreation and the scope for physical activity. Health impact assessments should be carried out in parallel with, or as part of, the environmental impact assessments of planned projects.	Municipalities		Environment	Local environment
54	An enquiry should investigate the potential for reducing consumption of chocolate, confectionery and soft drinks using taxation or other economic instruments, and the scope for reducing fat and sugar intake in general through taxation.	Government		Tax	Food sector
55	A European conference should be convened on the scope for tax policy measures within the area of diet and health.	Government	SEK 1 m	Tax	Food sector
56	The scope for tax-subsidised keyhole-labelled meals should be investigated. Such an investigation should also determine the prerequisites for a satisfactory level of supervision of the keyhole-label, perhaps via an autonomous certification system.	Government		Tax	Food sector
57	The National Cycle Strategy should be expanded and implemented. Cycling should be included in the National Road Database to allow resource inputs to be evaluated. Planning of public roads should include a good infrastructure for safe cycleways and footpaths. The background material for decisions should include social impact assessments. A manual/handbook should be produced to reinforce assessment of the economic benefits for society of investments in the local cycling infrastructure.	Swedish Road Administration	SEK 2 m	Transport	Local environment
58	Measures for pedestrians and cycle traffic should be included in county transport plans and contain social impact assessments.	County administrative boards		Transport	Local environment
59	A state programme for co-funding local footpaths and cycleways should be established.	Government	SEK 100 m/yr	Transport	Local environment
60	To increase the scope for active transport, speed restriction measures should be adopted in residential areas. Different categories of road-users should be separated as far as possible. Local infrastructure should be adapted to the needs of pedestrians, cyclists and persons with disabilities.	Municipalities		Transport	Local environment
61	The work of the Swedish Road Administration with children and young people in traffic should be given a high priority.	Swedish Road Administration		Transport	Local environment
62	The new Education Act should include the concept of 'health' in its opening paragraph. Under the Act, meals served in pre-school, compulsory school and upper secondary school should be in line with national nutrition recommendations.	Government		Education	Schools
63	Domestic and Consumer Science should be introduced as a core subject in upper secondary schools.	Government		Education	Schools
64	Funding should be distributed by the Swedish National Agency for School Improvement to schools wishing to develop pilot projects on healthy dietary habits and physical activity.	Government	SEK 20 m/yr	Education	Schools
65	Issues of diet and physical activity should be integrated with, and occupy a central role in sustainable development education in schools and higher education.	Government		Education	Schools

Measure no.	Description of measure	Lead actor	Cost to government	Policy area	Domain
66	Continued funding and an extended mandate should be given to the National Centre for the Promotion of Physical Activity in schools so that it can work towards the integration of healthy dietary habits and physical activity and also include pre-schools.	Government	SEK 6 m/yr	Education	Schools
67	The school subject Sport and Health (physical education) should be further developed and quality-assured. The needs of low-activity children should be given particular consideration, as should the gender perspective in education.	Swedish National Agency for Education		Education	Schools
68	Quality indicators for education as regards healthy dietary habits, physical activity and health and for health-promoting environments with respect to diet and physical activity in pre-schools and schools should be developed and included in inspection, assessment and evaluation activities.	Swedish National Agency for Education		Education	School
69	The quality audits of the work of pre-schools and schools performed by municipalities should include a report on how the environment promotes diet and physical activity. Teaching on healthy dietary habits and health should also form one of the indicator domains.	Municipalities		Education	Schools
70	The subject Domestic and Consumer Science should be reinforced. Particular emphasis should be placed on the importance of diet and health and knowledge of food marketing. The gender perspective in teaching should be considered.	Municipalities		Education	Schools
71	After-school care that includes physical activity should be developed and quality-assured within the education system.	Municipalities		Education	School
72	Work on healthy dietary habits and increased physical activity in schools should be integrated with the efforts to strengthen social relationships and mental health.	Municipalities		Education	Schools
73	Vocational upper secondary school programmes leading to jobs in healthcare, preschool, the food sector and social services, such as nursing assistants, catering staff and child carers, should contain the core subjects of diet, physical activity and health.	Government		Education	Schools
74	University/university college programmes on healthy dietary habits, physical activity and health education should be developed. These could be included as optional or compulsory components of vocational programmes aimed at jobs within education, social services, healthcare and food inspection.	University/university college		Education	Schools
75	The number of places on teacher-training programmes in Domestic and Consumer Science should be increased, as should the scope for students on teacher training programmes at other universities/university colleges to supplement their studies with such courses.	University/university college		Education	School
76	An enquiry should be set up to analyse how meals/mealtimes are organised within the elderly care service.	National Board of Health and Welfare	SEK 0.5 m	Elderly care	Local environment
77	Guidelines and quality indicators for food and physical activity should be developed within elderly care.	Municipalities		Elderly care	Local environment
78	Elderly people should have the option of daily physical activity that is appropriate with respect to their age and health status and daily outdoor activity to improve strength, mobility, fitness, coordination and balance. Exercise programmes adapted to the needs of the elderly should be developed. Elderly people living at home should receive preventive home visits including advice on appropriate diet and physical activity.	Municipalities		Elderly care	Local environment
79	Municipalities should create meeting places in the local environment that promote physical activity and healthy dietary habits among the elderly and that reduce isolation and inactivity.	Municipalities		Elderly care	Local environment

2

Uppdrag och arbetssätt

Det övergripande målet för folkhälsopolitiken är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Detta inkluderar även förutsättningar för goda matvanor och tillräckligt med fysisk aktivitet, eftersom dessa faktorer är grundläggande för en god hälsa. Regeringen avser att lägga fram en handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Som ett led i arbetet med att ta fram denna handlingsplan gav regeringen i november 2003 Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att gemensamt ta fram ett underlag till en sådan plan (bilaga 1–2). Syftet med en nationell handlingsplan är att genom åtgärder som förbättrar förutsättningarna för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen bidra till att uppfylla det övergripande folkhälsomålet.

Underlaget till handlingsplan ska innehålla förslag på:

- Mätbara mål, inklusive ett mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor.
- Strategier för att uppnå målen.
- Insatser som riktar sig till den lokala, regionala och nationella nivån och har påvisbara effekter för att skapa goda matvanor och en ökad fysisk aktivitet i befolkningen. Dock kan även innovativa insatser som ännu inte visats ha effekt ingå i förslagen.
- Finansiering och kostnadsberäkningar av föreslagna åtgärder.
- Ansvariga aktörer för genomförande av respektive åtgärd.

I underlaget ska hänsyn tas till barns och ungdomars levnadsförhållanden samt hur man kan nå ut med ett hälsofrämjande budskap utan att samtidigt bidra till ett osunt smalhetsideal och bantningsbeteende. Genomgående ska skillnader i livsvillkor beaktas: mellan kvinnor och män, flickor och pojkar, mellan socioekonomiska grupper och individer med olika etnisk och kulturell bakgrund. Genomförandet av uppdraget ska bidra till regeringens arbete för en hållbar utveckling.

I uppdraget anges att Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut ska samråda med en mängd aktörer såsom statliga myndigheter, forskare, representanter för kommun och landsting, föreningslivet och livsmedelsbranschen.

Arbetet under året har karaktäriserats av att först samla så många idéer och erfarenheter som möjligt från personer och organisationer med erfarenhet och kunskap inom området. Samtidigt inhämtades kunskap från vetenskaplig litteratur, olika typer av rapporter samt utredningar och handlingsplaner i andra länder. Sedan belystes några aspekter speciellt, med experter under olika seminarier och runda-bordssamtal samt via utredningar. Rapporter och referat har fortlöpande lagts ut på de båda myndigheternas webbplatser under året. Lägesrapporter om arbetet med underlaget har under projekttiden presenterats av projektgruppen på

flera konferenser och seminarier. Slutligen stämde konkreta förslag på insatser av med olika aktörer.

Under året har kunskapsinhämtning och samråd skett på flera olika sätt:

- Fyra hearingar hölls i början av utredningen med totalt cirka 400 deltagare som representerade många olika nivåer och områden. Konkreta förslag på insatser genererades. (Bilaga 5.)
- Diskussioner om förslag till insatser har hållits vid flera tillfällen under året med Livsmedelsverkets expertgrupper i kost och hälsa respektive pediatrik nutrition. Detsamma har gjorts med verkets referensgrupp för förebyggande av övervikt samt med konsumentpanelen. Statens folkhälsoinstitut har haft diskussioner om uppdraget och dess insatser med institutets expertgrupp för barn och ungdomars hälsa och med expertgruppen för hälsofrämjande hälso- och sjukvård. (Bilaga 10.)
- Forskarmöten har hållits med fetmaforskare om prioriterade forskningsbehov och med forskare inom det social-epidemiologiska området. (Bilaga 8–10.)
- Diskussioner har hållits med ansvariga för strategier och handlingsplaner i Sverige, andra länder, International Obesity Task Force och Världshälsoorganisationen (WHO). (Bilaga 4.)
- Seminarier har hållits om prispolitiska aspekter på livsmedel samt om hur konsumtionen av energitäta och näringsfattiga livsmedel kan minskas. Dessutom presenterades arbetet med underlaget på den nationella Folkhälso-stämman. (Bilaga 6–7.)
- En rad utredningar, undersökningar, utvärderingar och litteratursammanställningar har utförts. Exempelvis har den nuvarande svenska nutritionsstrategin utvärderats samt kriterierna för nyckelhålmärkning reviderats. (Bilaga 11–14, 16–18.)
- Vetenskaplig litteratur samt rapporter av olika slag har gått igenom och sammanställts. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har gjort en uppdatering av sin rapport ”Förebyggande åtgärder mot fetma”. (Bilaga 15.)
- Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut har haft 15 gemensamma sammanträden om underlaget till handlingsplan.
- Förslag på insatser har slutligen stämts av med myndigheter, landstings- och kommunförbund och företrädare för olika yrkesgrupper och organisationer.

3 Bakgrund och problembeskrivning

Folkhälsoproblem relaterade till ohälsosamma matvanor och fysisk inaktivitet

Livslängden har ökat i Sverige, men inte antalet år med full hälsa. Drygt tre fjärdedelar av befolkningen anser sig ha en god hälsa, män i större omfattning än kvinnor. Andelen som anser sig ha en god hälsa ökade fortlöpande under 1980-talet, men ökningen har sedan bromsats upp, speciellt bland yngre personer (1).

Trots den i stort sett gynnsamma hälsoutvecklingen finns det några sjukdomsgrupper som ökar. Mest oroande är ökningen av fetma och därmed sammanhängande följsjukdomar, inte minst det metabola syndromet och typ 2-diabetes (icke-insulinberoende diabetes), vilka i sin tur bidrar till hjärt-kärlsjukdomar.

Världshälsoorganisationen (WHO) bedömer att 80 procent av hjärt-kärlsjukdomar, 90 procent av typ 2-diabetes och 30 procent av alla cancersjukdomar kan förebyggas genom bättre matvanor, rökstopp och tillräckligt med fysisk aktivitet (2).

De tio enskilt största riskfaktorerna för sjuklighet och död i i-länder är tobak, högt blodtryck, alkohol, högt serumkolesterol, övervikt, lågt intag av frukt och grönsaker, fysisk inaktivitet, droger, sexvanor och järnbrist (2). Fem av dessa är direkt relaterade till ohälsosamma matvanor.

Flera epidemiologiska studier har visat på positiva samband mellan mängd konsumerad frukt och grönt och minskad risk att drabbas av olika sjukdomar. Låg konsumtion av frukt och grönt uppskattas kunna förklara 3–4 procent av den totala sjukdomsburden (förlusten av friska levnadsår i sjukdom eller död) eller 18 procent av all mag-tarmcancersjukdom, 28 procent av hjärtsjukdom, 17 procent av matstrupscancer och 18 procent av slaganfallen i Europa (2). Det verkar inte finnas något tröskelvärde för när en hälsoeffekt uppnås utan ju mer desto bättre. Positiva effekter ses även när lågkonsumenter ökar sitt intag av frukt och grönsaker något lite.

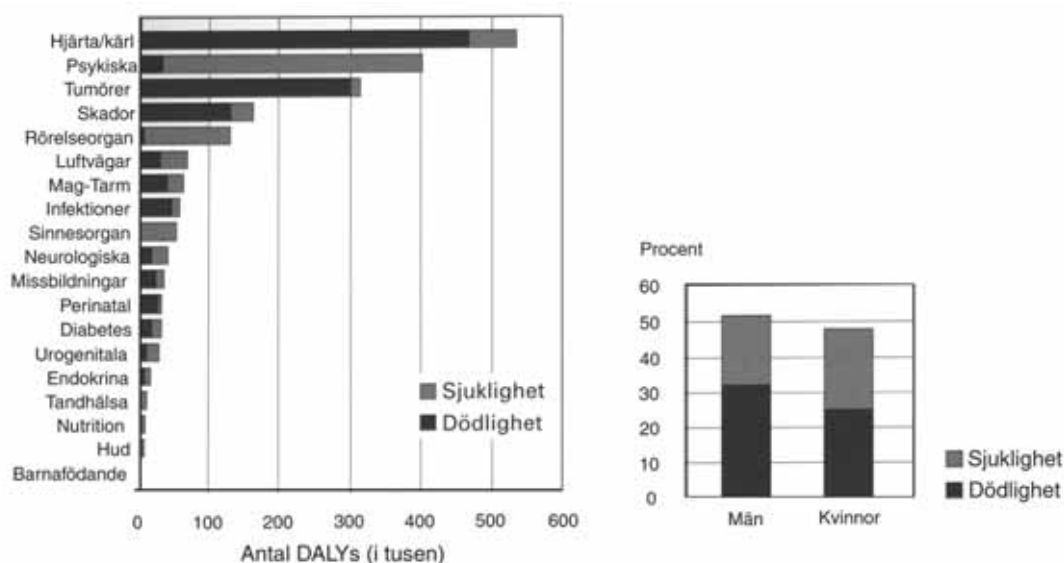
Ett högre intag av kostfiber och ett minskat intag av fett, mättat fett, raffinerat socker och salt bedöms vara de kostfaktorer som är av störst betydelse för att minska risken för sjukdomar som fetma, diabetes, hjärt-kärlsjukdom, karies och vissa cancerformer (3). Risken att drabbas av hjärt-kärlsjukdom beräknas t ex kunna minska med 30 procent om intaget av mättat fett minskas med en tredjedel, dvs från nuvarande 15 procent av energiintaget till rekommenderade 10 procent (4).

Idag finns ett flertal vetenskapligt grundade konsensusrapporter som visar ett mycket tydligt samband mellan omfattningen av fysisk aktivitet och hälsotillstånd där det slås fast att regelbunden fysisk aktivitet har gynnsamma effekter på den fysiska och psykiska hälsan och livskvaliteten (5–6). Regelbunden fysisk aktivitet förebygger ohälsa genom att:

- Minska risken för kardiovaskulära sjukdomar, speciellt hjärt-kärlsjukdomar. Stillasittande personer har ungefär fördubblad risk för hjärt-kärlsjukdom jämfört med personer med en fysiskt aktiv livsstil.
- Förebygga eller motverka utvecklandet av högt blodtryck och sänka blodtrycket hos personer med högt blodtryck.
- Underlätta viktkontroll och öka energiförbrukningen genom att öka muskelmassan och minska andelen kroppsfett i ett dos-responsförhållande.
- Förebygga och underlätta kontroll av typ 2-diabetes.
- Specifika former av fysisk aktivitet kan minska risken för fallolyckor genom att förbättra benhälsan och vidmakthålla styrka, koordination, kognitiv förmåga och balans.
- Minska risken för tjocktarmscancer. Bevisen för en förebyggande effekt på bröstcancer växer.
- Stärka immunförsvaret.
- Minska risken för depression, oro och ångslan samt höja humör och självkänsla.
- Spela en viktig roll i förebyggande och behandling av kroniska ospecifika ryggsmärtor.
- Förbättra kondition och muskelstyrka, vilket speciellt underlättar för äldre personer att hantera sin vardag.

En stillasittande livsstil är ett allvarligt och ökande folkhälsoproblem. WHO gjorde år 2002 en uppskattning av sjukdomsördan (förlorade friska levnadsår i sjukdom eller död) relaterad till fysisk inaktivitet (stillasittande livsstil) i industrialiserade länder i västvärlden (2). Fysisk inaktivitet beräknades orsaka 6–7 procent av alla förtida dödsfall eller 3–4 procent av den totala sjukdomsördan. Rapporten framhöll vidare att fysisk inaktivitet orsakade 23 procent av alla hjärtinfarkter, 13 procent av hjärninfarkter, 11 procent av bröstcancerfallen, 17 procent av tarmcancerfallen och 15 procent av diabetesfallen.

De sjukdomar som felaktiga matvanor och fysisk inaktivitet bidrar till är alltså stora folkhälsosjukdomar som förklarar en hög andel av sjuklighet och förtida död i Sverige såväl som i övriga världen. Visserligen har dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar minskat i Sverige de senaste decennierna men den utgör fortfarande den i särklass största orsaken till sjuklighet och död (figur 1), (1). Den minskning, som setts av hjärt-kärlsjukdom, befaras avta på grund av den ökade förekomsten av fetma (2).



Figur 1. Fördelning av sjukdomsbördan (DALYs) på dödlighet respektive sjuklighet samt efter kön.

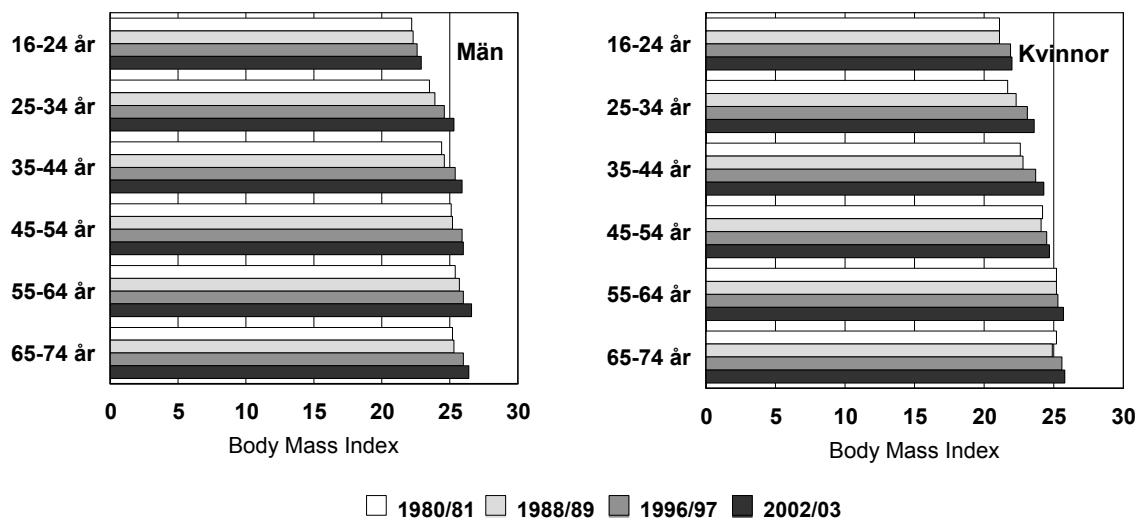
Källa: *Folkhälsorapport 2001, Socialstyrelsen*

Övervikt och fetma bland vuxna

I Sverige är över hälften av männen och 36 procent av kvinnorna mellan 16 och 74 år överviktiga eller feta (Folkhälsorapport 2005, under publicering). 11 procent av männen och 9 procent av kvinnorna är feta. Det betyder att cirka 2,1 miljoner personer är överviktiga och cirka 630 000 är feta.

Andelen vuxna med fetma har fördubblats sedan 1980 och andelen överviktiga har ökat med 30 procent bland män och 20 procent bland kvinnor (Folkhälsorapporten 2005, under publicering).

BMI ökar med åldern upp till 64 år för att plana ut och minska något hos de äldsta. Detta gäller både män och kvinnor. Mäns BMI är cirka 1,5 enheter högre än hos kvinnor före 55 år. Hos äldre personer är skillnaden mellan könen mindre. Däremot har andelen med fetma ökat i alla åldergrupper och mest bland yngre kvinnor, 16–34 år, där andelen sexdubblats sedan 1980/81. I absoluta tal är ökningen likartad hos de jämnåriga männen, cirka 5 procentenheter. Intressant att notera är att bland kvinnor, 35–54 år, har andelen med fetma slutat öka efter 1998/99 och håller sig ganska stabil på 9 procent (Folkhälsorapport 2005, under publicering). Viktigt att nämna är att självrapporterad BMI (figur 2) underskattar det sanna värdet med 2–4 procent på befolkningsnivå (Folkhälsorapport 2005, under publicering).



Figur 2. Medel-BMI (kg/m²) i olika åldersgrupper bland män och kvinnor, 16–74 år, 1980/81–2002/03.

Källa: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB

Över en miljard vuxna och barn världen över är numera överviktiga eller feta (7). WHO uppskattade år 2002 att övervikt orsakade 7 respektive 8 procent av den totala sjukdomsbördan, dvs förlusten av friska levnadsår, hos män respektive kvinnor i Europaregionen (2). Denna sjukdomsbörda består av sjukdomar enligt tabell 1.

Till detta ska läggas att övervikt och fetma minskar fertiliteten och är en riskfaktor vid graviditet och förlossning (10–11).

Amerikanska studier visar att antalet förlorade levnadsår på grund av fetma varierar med ålder, kön och etnicitet. Negativa effekter ökar med ökande BMI, och särskilt när BMI överskrider 35. Antalet förlorade levnadsår är högre ju yngre personen är. En vit man eller kvinna med ett BMI på 35 lever 3 år kortare jämfört med en person med BMI under 25. Unga män med ett BMI över 45, alltså extrem fetma, förlorar i genomsnitt 13 levnadsår (12).

Den självrapporterade, hälsorelaterade livskvaliteten vid kraftig fetma har i en undersökning visats vara lika låg som livskvaliteten hos patienter med ryggmärgsskador, svår kronisk smärta och avancerad cancersjukdom (8). En nationell finsk studie visar att bland högutbildade kvinnor, men inte lågutbildade kvinnor, är fetma associerat med 30 procent lägre lön (13). Mycket tyder på att kvinnor med fetma har svårare att få jobb än smala kvinnor med samma utbildning, vilket alltså tyder på diskriminering av kvinnor med fetma i arbetslivet. Effekten sågs inte för män. Hos äldre personer är fetma förenad med ökad dödlighet endast om fetman är förenad med diabetes och hjärt-kärlsjukdom, med eller utan förhöjt blodtryck (8).

Behandling av fetma är dyr och är inte särskilt effektiv (8). Med tanke på de stora hälsorisker som fetma innebär är sjukvården dock tvungen att agera. Trots skyldighet enligt lag att förebygga och behandla sjukdom, är hälso- och sjukvårdens resurser begränsade och alla verkar vara överens om att förebyggande av fetma är den enda hållbara vägen att ta itu med problemet (8, 14–15). En färsk beräkning från Landstingsförbundet visar att de direkta sjukvårdskostnaderna för fetma och därtill relaterad typ 2-diabetes, högt blodtryck, kärlkramp och akut hjärtinfarkt är 3 miljarder kronor (16). Den totala samhällskostnaden, som är summan av sjukvårdskostnader och produktionsbortfall, är dock okänd.

Tabell 1. Riskökningen (relativ risk) för sjukdomar orsakad av svår fetma (BMI>35) (8–9)

Diagnos	Män	Kvinnor
Diabetes	40	40
Hjärtinfarkt	5	3
Stroke	2-3	2-3
Högt blodtryck	3	3
Gallstenssjukdomar	3-4	3-4
Bröstcancer, postmenopausal	-	1-2
Kolorektalcancer	1-3	1-2
Livmodercancer	-	2-6
Sjukdomar i rörelseorganen	2-3	2-3
Sjukdomar i andningsorganen	>3	>3

Övervikt och fetma bland barn

För barn och ungdomar varierar BMI med ålder och kön. Gränserna för övervikt och fetma är därför ålders- och könsspecifika. Dessa gränser har angetts av Cole och medarbetare (17) som utrett frågan för WHO och ”International Obesity Task Force” (IOTF).

I Sverige finns idag inga representativa nationella data för BMI bland barn, endast ett antal olika studier från olika perioder under de senaste decennierna. Förekomsten av övervikt och fetma bland barn (4–18 år) varierar i olika studier mellan 14 och 23 procent, varav 1–4 procent är feta (18–22).

Förekomsten av övervikt har fördubblats bland skolbarn i Umeå sedan mitten av 1980-talet (20). Fetman hade i samma studie ökat fem gånger. En annan riksomfattande studie visade att förekomsten av fetma hos barn i åldern 10–16 år ökat 2,5 gånger mellan 1987 och 2001 (21). Andelen feta 18-åriga män har ökat 4 gånger sedan 1970-talet (22).

Utvecklingen av övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Sverige är jämförbar med den internationella utvecklingen. Under de senaste 25 åren har

andelen med övervikt och fetma ökat 2–3 gånger i de flesta länder i Europa, Australien och USA. Medelhavsländerna ligger klart högst i Europa för yngre barn, med prevalenssiffror på 31–36 procent för övervikt och fetma bland 7–11-åringar och 20–23 procent bland 14–17-åringar (15). Av de nord- och centraleuropeiska länderna är barn och ungdomar i Storbritannien fetast med en prevalens av övervikt och fetma på 23 procent bland 10-åringar och 31 procent bland 15-åringar (23). Fetmaprevalensen i Storbritannien är 10 procent bland 6-åringar och hela 17 procent bland 15-åringar, definierat enligt 85-percentilen för övervikt.

Fetma i barndomen är ett allvarligt hälsoproblem (24). Feta barn har lågt självförtroende och mycket oftare psykiska problem jämfört med normalviktiga barn. De flesta har en eller flera riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdomar och därmed en förhöjd risk för dessa sjukdomar som vuxna. Andra studier har visat en signifikant förhöjd risk för astma bland feta barn och en fördubblad risk att få typ 1-diabetes (ungdomsdiabetes, insulinberoende). Härutöver finns tecken på ökad risk för typ 2-diabetes samt ortopediska och andra problem, men här är evidensen svagare. Risken att ett barn med fetma ska förbli fet som vuxen är större ju äldre och ju tyngre barnet är och om minst en förälder har fetma. Att lida av fetma som tonåring uppskattas innebära en risk för fetma vid 35 års ålder som är 78 procent för män och 63 procent för kvinnor (25). Risken att bära med sig tonårsfetma till vuxenlivet är därmed hög. Barnfetma bidrar väsentligt till sjukdomsburden hos barn och i ett längre perspektiv till en stor sjukdomsburden bland unga vuxna som kommer att kräva vård resten av livet.

Metabola syndromet

Typ 2-diabetes, högt blodtryck, blodfetterrubbingar, insulinresistens, bukfetma, hjärtinfarkt och stroke förekommer ofta tillsammans i olika kombinationer. Denna ansamling av sjukdomar och symptom anses ha en gemensam bakgrund och därmed utgöra ett syndrom – ett så kallat "metabolt syndrom". Olika stressfaktorer, initierade av exempelvis psykosociala omständigheter, kan vara involverade i uppkomsten av syndromet (26). Metabolt syndrom kan i hög utsträckning både förebyggas och behandlas med fysisk aktivitet, bra matvanor och viktning. I dag är det vanligaste dock läkemedelsbehandling, som pågår i många år och hos en betydande andel av befolkningen. Läkemedelskostnaderna blir därför höga; enbart blodtrycks-, blodfett- och blodsockersänkande läkemedel utgör 15 procent av de totala läkemedelskostnaderna (27).

Ätstörningar

Kunskapsläget om ätstörningar har inom ramen för detta uppdrag sammanfattats i en litteratursammanställning (28). Matproblem av olika slag förekommer redan hos små barn och skolbarn, särskilt flickor. Hos en del kvarstår problemen under och efter tonåren. Specifika former av ätstörningar finns hos minst 3 procent av unga svenska kvinnor. Anorexia nervosa är en ovanlig sjukdom med en punktprevalens (andel som har denna diagnos vid en viss tidpunkt) på cirka 0,2–0,4 procent av svenska kvinnor i åldern 12–25 år. Anorexi är 10 gånger vanligare bland flickor och unga kvinnor än bland pojkar. Insjuknandefrekvensen i anorexia hos unga kvinnor förefaller ligga inom intervallet 8–40 nya fall per 100 000 kvinnor per år och troligen har den inte ökat under en 25-års period. För bulimia nervosa är punktprevalensen cirka 1 procent och för hetsättningsstörning cirka 2–3 procent. Ospecifika ätstörningar är troligen tre till fyra gånger vanligare än de specifika syndromen. Inom elitidrotten finns många grupper med högre förekomst av ätstörningar. Särskilt utövare av estetiska sporter, uthållighetssporter och bollsporter löper betydligt högre risk för ätstörningar, kvinnor i högre utsträckning än män, i jämförelse med genomsnittsbefolkningen.

De viktigaste kända bestämningsfaktorerna för utvecklingen av ätstörningar är kvinnligt kön, åldern 14–20 år och intensiv bantning. Ungdomar med fetma och pendlande kroppsvikt har större risk att utveckla ätstörningar (28). Många debuter av anorexi uppges ha uppstått efter bantning, men ingenting talar för att kvalificerad behandling av fetma leder till ätstörningar. För att bantning ska leda till ätstörning tycks det behöva finnas en sårbarhet hos barnet. Ärftliga faktorer, brister i den tidiga personlighetsutvecklingen och västerländska kulturella värderingar kan utgöra en grogrund för ätstörningar. Flera av riskfaktorerna för anorexi och bulimi är desamma som för psykisk ohälsa. Svenska studier visar att ett högt BMI, missnöje med sin kropp och att bli retad för sin vikt kan vara riskfaktorer för ätstörningar hos flickor. Det bör därför ingå i prevention och behandling av övervikt att förbättra barns självtillit och självkänsla samt att reducera de sociala stigmata som kan följa med övervikt.

Det finns inga övertygande bevis för att förebyggande åtgärder är effektiva. I arbetet med att förebygga övervikt och ätstörningar behöver man utveckla fler hälsofrämjande insatser för en god kroppslig och psykisk hälsa samt insatser för tidig upptäckt och stöd till riskindivider. Behovet är stort av fortsatt preventionsforskning med metodutveckling rörande ätstörningar.

Matvanor och fysisk aktivitet i olika grupper av befolkningen

Matvanor

Människor i Sverige har på många sätt och i genomsnitt bra matvanor (29). Vitamin-, mineral- eller proteinbrist förekommer knappast. Undantag är kvinnor som i genomsnitt får i sig för lite folsyra och järn. Men det finns problem i vårt kosthåll. Den ökade förekomsten av övervikt tyder på att energiintaget är för högt i förhållande till energiförbrukningen. Av den vuxna befolkningen äter 90 procent mindre kostfiber än vad som rekommenderas, 80 procent äter för mycket fett, 96 procent för mycket mättat fett och hälften av den vuxna befolkningen för mycket raffinerat socker.

En nyligen avslutad kostundersökning på 4-åringar i Sverige visar att barnen i allmänhet får i sig tillräckligt med näringsämnen (18). Andelen mättat fett och socker är dock för hög och konsumtionen av frukt och grönsaker är för låg. Bland 15-åringar i Stockholmsområdet äter högst var tionde frukt och grönt varje dag (19).

Ålder och kön

Resultaten från den senaste nationella kostundersökningen på vuxna ”Riksmaten”, (29) visar i vissa avseenden på betydande skillnader i matvanorna i olika åldrar. Äldres matvanor uppvisar många positiva drag i jämförelse med yngre vuxnas. Äldre äter mer ”traditionella” livsmedel såsom potatis och rotfrukter, fisk, inälv- och blodmat, gröt och kaffebröd. Yngre, i sin tur, äter och dricker mer ”moderna” livsmedel såsom pasta, ris, pizza, godis, snacks samt läsk och juice. De har därför ett högre intag av socker, medan äldres intag av kostfiber är högre. Äldre äter mer frukt och grönsaker än yngre och tycks alltså bättre ha tagit till sig kostbudskapet i detta avseende. Kvinnor har i vissa avseenden bättre matvanor än män, t ex var frukt och grönt-konsumtionen högre (29). I en nyligen utförd enkätstudie (30) var det 4 procent av männen och 12 procent av kvinnorna som åt minst 5 frukter och/eller grönsaksportioner per dag. Den största andelen som åt minst 5 frukter och/eller grönsaksportioner per dag återfanns bland män 18–29 år och bland kvinnor i åldersgruppen 45–64 år.

Utbildning, inkomst och etnicitet

Högutbildade män har i allmänhet bättre matvanor än lågutbildade (29). Män med universitets- eller högskoleutbildning använder mindre matfett på smörgås, dricker mindre läsk och äter dessutom mer grönsaker, ris och juice än de med folkskole- eller grundskoleutbildning. Skillnaderna bland kvinnor är mindre. Alkoholintaget var dock högre hos högutbildade kvinnor än hos lågutbildade. Lågutbildade åt mindre frukt och grönsaker även i den nyligen utförda folkhälsoenkäten (30). En översikt av studier i 15 europeiska länder visade att en lång

utbildning och hälsosammare matvanor var relaterade till varandra (31). Det är dessutom konstaterat att rökning är förknippad med sämre matvanor hos både män och kvinnor (29).

Barnens matvanor verkar vara associerade med föräldrarnas utbildningsnivå, särskilt mammans. Olika studier från Norge, Danmark och Sverige visar att barn till högutbildade föräldrar åt mindre socker, mer frukt och grönt och mindre fett samt hade ett lägre BMI, mer regelbundna matvanor och åt nyttigare mat (32, 34–35). Övervikt bland barn 4–11 år i Sverige tenderade att vara vanligare i hushåll med låg utbildning jämfört med hög utbildning (18).

Bland 15-åringar i Stockholmsområdet sågs tydliga skillnader i matvanor beroende på föräldrars utbildning och härkomst (19). Både pojkar och flickor med lågutbildade mödrar hade i högre utsträckning oregelbundna matvanor och dubbelt så många åt ofta onyttig mat jämfört med ungdomar vars mödrar hade hög utbildning. Även när det gäller föräldrars härkomst sågs skillnader såtillvida att ungdomar med invandrabakgrund betydligt oftare åt onyttig mat än ungdomar med svensk bakgrund. Samtidigt åt de med invandrabakgrund även oftare frukt och grönsaker jämfört med ungdomar med svensk bakgrund.

I åtta stadsdelar i Stockholm, som delades in i typområden beroende på kvoten mellan låg- respektive höginkomsttagare, jämfördes tredjeklassares matvanor (33). Barnen i de mest resursstarka områdena hoppade sällan över middagen men åt oftare godis. Ju resurssvaga område, desto oftare hoppade barnen över middagen och åt dessutom oftare snabbmat till middag. I de resurssvaga områdena åt barnen mer sällan grönsaker och de drack oftare standardmjölk. Vidare åt de oftare ensamma utan vuxensällskap samt åt sämre sammansatta frukostar och mellanmål. Ingen skillnad kunde ses mellan barnen i de olika stadsdelarna i antalet måltider per dag, andelen söta och feta mellanmål eller i konsumtionen av frukt. Däremot dracks det oftare saft och läsk i resurssvaga områden (33). Den nyligen avslutade kostundersökningen på barn, 4–11 år, visade att barn födda utomlands, eller till föräldrar födda utomlands, oftare valde standardmjölk och oftare åt snabbmat än barn med föräldrar födda i Sverige (18).

Regionala skillnader i matvanor

Det finns regionala skillnader i matvanor i Sverige, men det är svårt att utläsa något tydligt mönster (29). Konsumtionen av frukt- och grönt är dock lägre i de norra delarna av landet medan intaget av fett är högre. Samtidigt äter befolkningen i norr mer gröt och potatis. Konsumtionen av alkohol är högst i storstadsregionerna.

Fysisk aktivitet

Den senaste svenska undersökningen av fysisk aktivitet i befolkningen mellan 18–84 år gjordes av Statens folkhälsoinstitut under våren 2004 som en enkätstudie till ett slumpmässigt urval av befolkningen (30). Totalt tillfrågades 20 000 personer varav 61 procent svarade. Några viktiga observationer i studien när det gäller fysisk aktivitet är:

- 14 procent av både männen och kvinnorna rapporterade att de är mest stillasittande på fritiden. Detta motsvarar 900 000 personer.
- Stillasittande fritid var 2 till 3 gånger vanligare bland personer med utomnordiskt ursprung. Ju längre från Sverige en person var född, desto vanligare var stillasittande på fritiden.
- Det var dubbelt så vanligt med en stillasittande fritid bland lågutbildade jämfört med högutbildade.
- Bland männen rapporterade 58 procent att de rörde sig mer än 30 minuter per dag, bland kvinnorna var motsvarande siffra 54 procent. 34 procent av männen och 27 procent av kvinnorna rörde sig mer än 60 minuter per dag. Det fanns inga tydliga skillnader i fysisk aktivitet i relation till utbildningsnivå. Något fler högutbildade tränade regelbundet.
- Bland personer som har socialbidrag och ekonomiskt utsatta personer fanns dubbelt så många stillasittande jämfört med övriga ekonomiska grupper.

Studien av 15-åringar i Stockholm (19) visade att:

- 64 procent av flickorna och 78 procent av pojkarna klarade rekommendationen om 60 minuter fysisk aktivitet per dag.
- Bland pojkar var de med svensk bakgrund och högre utbildade föräldrar mindre fysiskt aktiva än pojkar med utländsk bakgrund eller lågutbildade föräldrar. Bland flickor fanns inga sociala skillnader i fysisk aktivitet.
- Stillasittande framför TV och video var kopplat till fetma, låg utbildningsnivå och utländsk bakgrund.

Det finns inga svenska studier där man har mätt förändringar i den totala dagliga energiförbrukningen över tid bland barn och ungdomar. Däremot finns en del studier där man har frågat barn och ungdomar hur ofta och hur mycket de tränar respektive sitter stilla. Andelen med en stillasittande livsstil har ökat, men så har även andelen föreningsaktiva (36). Vanligast bland barn och ungdomar är att titta på TV, video och spela dator. Andelen barn som tittar på TV minst två timmar per dag har ökat från 54 till 67 procent och andelen stortittare (minst fyra timmar per dag) har ökat från 18 till 22 procent mellan år 1990 och 1998 (37). Såväl TV-tittande som dator-användning ökar med åldern (38). TV- och videotittande är vanligare bland lågutbildade och har kunnat kopplas till övervikt och fetma (19, 39–40). Samtidigt har det skett en dramatisk minskning av idrottsverksamhet utanför föreningar, vilket innebär att barn och ungas fysiska aktivitet i allt större utsträckning sker i föreningar. Specialisering ökar och därmed kraven på träning och prestation, vilket kan vara förklaringen till att det totalt sett är färre ungdomar som regelbundet ägnar sig åt idrott. Mycket få barn, som står utanför idrottsrörelsen, förmår att på egen hand ägna sig åt fysisk träning flera gånger i veckan (36).

Ojämlighet i hälsa

Fetma och fetmarelaterade sjukdomar är bland de socialt mest ojämnt fördelade ohälsotillstånden, och trenden är att de sociala skillnaderna ökar (Folkhälso-rapporten 2005, under publicering). Sociala skillnader är synliga redan från förskoleåldern och fetma förekommer i högre utsträckning på landsbygden jämfört med staden. Alla åtgärder som kan förbättra matvanor och fysisk aktivitet bland socioekonomiskt svaga grupper har därmed stor potential att minska ojämlikheten i hälsa.

Övervikt och fetma är betydligt vanligare bland barn och unga från lågutbildade familjer (19). Bland 15-åriga flickor i Stockholm var förekomsten av fetma 3,5 gånger högre bland flickor till lågutbildade mödrar jämfört med högutbildade. För pojkar var motsvarande siffra 1,7 gånger högre. Samma studie visade att en högre andel av ungdomarna med invandrarbakgrund (4,4 procent) lider av fetma, jämfört med ungdomar med svensk bakgrund (2,8 procent). Skillnaderna kvarstod efter uppdelning på kön och hänsyn tagen till moderns utbildningsnivå.

Också när det gäller hjärt-kärlsjukdomar, som till stor del är orsakade av rökning, ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och överkonsumtion av alkohol, ses en social gradient. Dödligheten i olika hjärt-kärlsjukdomar är 1,5 gånger högre bland arbetare och lågutbildade jämfört med övriga befolkningen, både i Sverige och i övriga nordiska länder (41). Författarna konstaterar att utvecklingen av effektiva metoder för att modifiera levnadsvanor i grupper med lägre utbildning och inkomst är mycket viktig i förebyggandet av hjärt-kärlsjukdomar.

Samhällsförändringar med konsekvenser för matvanor, fysisk aktivitet och kroppsvikt

Utvecklingen av fetma är i viss utsträckning beroende av ärftliga faktorer. Denna medfödda benägenhet för fetma är utbredd i befolkningen. Men den ökning som skett i förekomsten av fetma de senaste decennierna kan inte förklaras enbart av genetiska faktorer utan beror på förändringar i kostvanor och fysisk aktivitet beroende på sociala och samhälleliga faktorer (8). Swinburn och Egger (42) har myntat begreppet ”obesogenic environment” med vilket de menar en miljö definierad som ”den samlade påverkan som omgivningen, möjligheter (opportunities) eller livsbetingelser har på att främja fetma hos individer eller befolkningar”.

WHO har klassat de viktigaste bestämningsfaktorerna för fetma enligt följande tabell:

Tabell 2. Faktorer som främjar eller hämmar utveckling av viktuppgång och fetma (3).

Evidens	Minskad risk	Ökad risk
Övertygande	Regelbunden fysisk aktivitet (>60 minuter per dag) Högt kostfiberintag	Stillasittande Högt intag av mat med hög energitäthet*
Sannolik	Hem- och skolmiljöer som stödjer hälsosamma livsmedelsval för barn Amning	Tung marknadsföring av mat med hög energitäthet och snabbmatsställen Dåliga sociala och ekonomiska förhållanden Sötade läskedrycker och saft
Möjlig	Kost med lågt glykemiskt index	Stora portioner Hög andel av mat tillagad utanför hemmet Tvångsmässigt ätmönster
Otillräcklig	Ökad ätfrekvens	Alkohol

*Mat med hög energitäthet innehåller mycket socker och/eller fett och lite vatten och kostfiber.

En ytterligare faktor som har nämnts som bidrar till fetma är sömnbrist (43).

Samhällsförändringar av betydelse för fysisk aktivitet

Den tekniska utvecklingen och ökad livsmedelsproduktion globalt i kombination med ekonomisk tillväxt har varit avgörande för bättre folkhälsa och ökad medellivslängd i hela världen. Samtidigt har dessa faktorer också bidragit till minskad fysisk aktivitet och förändrade matvanor.

Faktorer som påverkar rörelsemönstret hos människor är bl a närheten till grönområden och faciliteter för fysisk aktivitet, tillgången till allmänna kommunikationer, förekomst av eller standard på gång- och cykelbanor, trygghetskänsla, samt estetiskt attraktiv utformning av stödjande miljöer (44–49). Med ökad urbanisering, minskning av grönytor i städerna och ökad biltrafik krymper utrymmet för vardaglig fysisk aktivitet alltmer, speciellt bland barn och ungdomar. Att försöka motivera människor att göra hälsosamma val är svårt när förutsättningarna och möjligheterna till dessa val alltmer begränsas eller helt saknas.

Energiförbrukningen har kraftigt minskat pga mindre fysiskt krävande arbetssysslor och fordonstransporter. Fysisk aktivitet utförs, jämfört med tidigare, i hög utsträckning som fritidssysselsättning. Närmiljöns betydelse för möjligheten till fysisk aktivitet har därför ökat. De senaste årtiondenas intresse för strukturerad motion har ur ett befolkningsperspektiv inte kompenserat för minskad fysisk aktivitet i arbete och aktiv transport (gång eller cykling) (50).

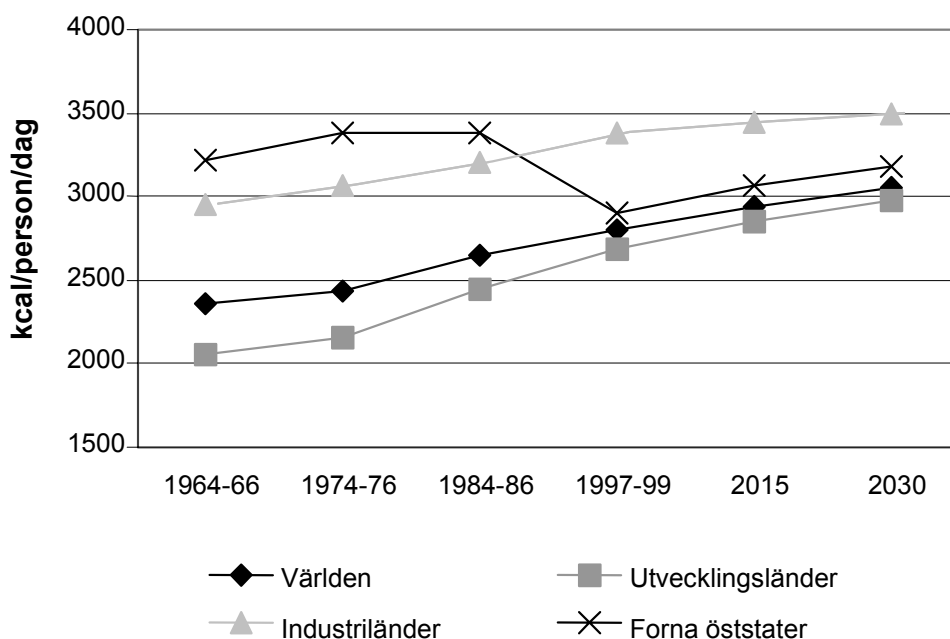
Det har beräknats att en genomsnittlig människa i västvärlden i genomsnitt får 15 procent av sin dagliga energiförbrukning genom arbete. Den totala energiförbrukningen genom fysisk aktivitet når inte upp till mer än drygt en tredjedel av vad natur- och samlarfolk i Sydamerika förbrukar (51). För att komma upp i samma energiförbrukningsnivå krävs en daglig promenad på cirka 19 km. Bilismens framväxt, TVns och datorns intåg och den tilltagande automatiseringen i arbetslivet ligger bakom i den minskade användningen av mänsklig muskelkraft och därmed energiförbrukning. Trenden går mot mer stillasittande vilket måste kompenseras genom medveten vardags- och fritidsaktivitet för att tillgodose kroppens behov av rörelse. Även om varje enskilt tekniskt framsteg i sig har liten effekt på energiförbrukningen kan de tillsammans ha en stor inverkan och bidra till den pågående fetmautvecklingen (52).

I dag gäller det att ta varje tillfälle att röra på sig, exempelvis genom att ta trappan i stället för hissen, att gå eller cykla i stället för att åka buss eller bil. Liksom det av individen krävs medveten handling för att vara fysiskt aktiv krävs medvetna satsningar från samhällets sida för att bevara grön- och naturområden i och omkring tätorter för friluftsliv, främja breddidrott samt skapa en närmiljö där även svagare grupper trivs och framkomlighet prioriteras.

Samhällsförändringar av betydelse för matvanor

”The nutrition transition” betecknar den process som länder genomgår när det sker en övergång från traditionell mat med relativt låg energitäthet till en västerländsk kost karakteriserad av ett högt intag av animaliska produkter, salt, mättat fett och socker (53). Utvecklingen världen över följer i stort sett samma mönster. Först ökar energiintaget, mest i form av vegetabiliska produkter och oljor (expansionseffekt). Sedan byts vegetabiliska kolhydratrika livsmedel ut mot proteinrika animaliska produkter och socker, vilket innebär ett högre fettintag, särskilt av mättat fett (54). Denna utveckling förklaras till stor del av den ”gröna revolutionen” med ökad livsmedelsproduktion, ökad marknadsorientering i jordbruket och därmed fallande matpriser. Samtidigt har köpkraften ökat hos konsumenterna.

I de utvecklade länderna har den genomsnittliga tillgången på matenergi ökat från cirka 3 000 kcal per capita till 3 400 kcal per capita sedan 1960-talet (54). I EU är den genomsnittliga tillgången i dag cirka 3 500 kcal per capita, medan den i USA är 3 900 kcal per capita (figur 3). Energibehovet bedöms i genomsnitt vara drygt 2 000 kcal per person. Enligt FAOs prognoser förväntas ytterligare ökning av energitillgången i alla regioner i världen fram till år 2030 (54). Mer än 770 miljoner människor lider idag brist på mat. Svårigheten med att uppnå målet att halvera svälten fram till år 2015 beror inte på en global brist på mat (55).



Figur 3. Utvecklingen i energitillgången från livsmedel i olika delar av världen (53).

Matpriserna har aldrig tidigare i historien varit så låga som i dag, tack vare en enorm produktivitetsökning i jordbruket, vilket har möjliggjort för många människor att äta bättre mat och därmed förbättra sin hälsa. Sedan 1960-talet har matpriserna fallit med 60 procent relativt till ett prisindex och övergången från energibrist till energiöverskott har gått snabbt i många länder med negativa följder för folkhälsan.

Genom bättre infrastruktur möjliggör urbaniseringen en ökad handel mellan länder med radikala förändringar i distribution och marknadsföring av livsmedel till följd. Detta innebär i sin tur att matvanorna blivit mer lika världen över.

Sammanfattningsvis kan konstateras att å ena sidan är utvecklingen mot allt större livsmedelstillgång betryggande för svältande befolkningar och den växande mänsklighetens fortsatta existens. Å andra sidan innebär denna överproduktion av mat ett allvarligt hot mot folkhälsan och miljön. Det optimala ur ett samhällsperspektiv vore om livsmedelsproduktionen anpassades till en nivå som är förenlig med en hållbar utveckling.

För den enskilda konsumenten innebär de förändringar som beskrivits ovan i praktiken att livsmedel numera är mycket mer tillgängliga. Förutom att tillgängligheten har ökat, har även portionsstorlekarna och förpackningarna av framför allt livsmedel av typen snabbmat, sötade drycker, bakverk, glass, godis och snacks vuxit (56). Det ökade utbudet har också lett till en allt hårdare konkurrens mellan olika livsmedelsföretag. Detta medför att marknadsföringen för livsmedel, särskilt för energitäta och näringsfattiga produkter, har ökat i omfattning och sofistikerats. Detta leder inte enbart till att konsumenten väljer ett varumärke i stället för ett annat, utan bidrar också till att konsumtionen ökar totalt (57).

Energitillgängligheten och energiintaget ökar även i Sverige

Jordbruksverkets statistik, baserad på inhemsk produktion och utrikeshandel, visar att energitillgången ökade med 144 kcal under perioden 1990 till 2002, vilket är cirka 5 procent av energiintaget (58). Fettillförseln var oförändrad, medan tillförseln av protein och kolhydrater ökade. Den totala tillförseln av socker var också oförändrad.

Den ökade energitillgången bestod till största delen av följande livsmedel:

Livsmedel	Kcal per person och dag
bröd och spannmålsprodukter	+ 104
kött och köttvaror	+ 83
choklad, konfektyr, glass m m	+ 89
läskedrycker	+ 32
alkohol	+ 22

En minskning i energiintag skedde från:

Livsmedel	Kcal per person och dag
vitt socker	- 58
mjölk	- 13
matfett	- 108

Denna energimängd motsvarar en extra daglig promenad på drygt 30 minuter. Inget tyder dock på att den genomsnittliga vardagsaktiviteten har ökat.

Även den registrerade livsmedelskonsumtionen har ökat något mellan 1989–1997 (i genomsnitt 107 kcal per dag för kvinnor och 80 kcal per dag för män) (29), vilket stämmer väl överens med Jordbruksverkets beräknade ökning i energitillgång. Ett energiintag som överskrider energiutgifterna med 107 kcal per dag under ett år motsvarar energin i 4–5 kg fettväv.

Det ökade alkoholintaget i Sverige från 8 liter 1995 till dagens cirka 11 liter per person och år motsvarar i energi cirka 2 kg kroppsfett. Även om man internationellt inte har kunnat nå enighet i frågan om alkohol bidrar till viktuppgången i befolkningen, tyder både svenska och finska studier på att det ökande alkoholintaget kan vara en bidragande faktor till den snabba viktuppgången speciellt bland män (8, 59).

Ett sätt att påverka konsumenter är via marknadsföring. Idag råder obalans mellan kommersiell påverkan och producentobunden hälsoinformation. För varje dollar som WHO spenderar för att förbättra näringsstillståndet bland världens befolkning, spenderar livsmedelsindustrin 500 dollar på marknadsföring av bearbetad mat (60).

Det finns numera internationell konsensus om att marknaden inte klarar att lösa de stora folkhälsoproblemen på egen hand utan att regeringar på ett proaktivt sätt måste leda och styra folkhälsoarbetet för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet (61). Regeringen understryker sin vilja att agera i sin strategi för hållbar utveckling: ”De växande hoten mot folkhälsan, inte minst ungdomars, i form av tobak, alkohol, fetma och miljöproblem kräver kraftfulla förebyggande insatser” (62).

Ätstörningar och samhällsfaktorer

Modevärlden och mediebranschen är starka trendsättare i dagens samhälle med stort inflytande på kroppsideal och andra värderingar som påverkar inte minst ungdomar. Samtidigt som problem med övervikt växer bland barn och ungdomar finns en ökad uppmärksamhet kring ätstörningar som kan leda till både undervikt och övervikt. Forskare och praktiker anser idag att orsakerna till ätstörningar är multifaktoriella och olika för varje individ (28).

Mot bakgrund av det komplicerade sambandet mellan övervikt, bantning och ätstörning förespråkar forskare inom området en integrerad strategi för att tackla detta problemkomplex bland ungdomar bl a för att undvika budskap som står i konflikt med varandra (63). En mycket viktig komponent i sådana program är att arbeta med barns och ungdomars självkänsla, självtillit och sociala relationer.

Internationella handlingsplaner för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt och fetma

Runt om i världen tas det fram handlingsplaner för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och/eller prevention av övervikt och fetma. Detta arbete sker på nationell nivå, via departement och myndigheter (64–70), men åtgärder har även föreslagits av nationella expertkommittéer, enskilda organisationer och parlamentariska kommittéer (71–73).

WHO presenterade en global strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa i maj 2004 (61). I Norden har nyligen ett gemensamt projekt startat under Nordiska ministerrådet med att ta fram en handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet (74). Inom EUs hälsodirektorat (DG SANCO) pågår för närvarande ett arbete med att utarbeta en handlingsplan som går under arbetsnamnet ”Diet, physical activity and health – a European platform for action”.

Problembeskrivningen i alla strategierna bottnar i ökningen av livsstilsrelaterade sjukdomar. Lösningen, som förespråkas, är att verka på många arenor samtidigt, på många olika nivåer, med många olika aktörer och långsiktigt. Målen man vill uppnå är minskad övervikt genom ökad fysisk aktivitet samt ökad konsumtion av bl a frukt och grönt, minskad konsumtion av godis, läsk, bakverk, glass och snacks. Ledord är tillgänglighet och utbud av livsmedel och ökad fysisk aktivitet. I de flesta nationella handlingsplaner finns en insatslista på 60–90 olika insatser.

Många handlingsplaner utgår från ett arenaperspektiv. Den vanligaste arenan är skolan. Det är först och främst skolmaten man vill ta krafttag med och reglera via riktlinjer för att få den hälsosammare, men även minska skolans utbud av godis och läsk. I flera länder vill man stärka undervisningen i mat och fysisk aktivitet i skolan och stärka hemkunskapsämnet där det förekommer. Ökad tillgänglighet av frukt i skolan återkommer i alla handlingsplaner.

Andra framträdande arenor är hälso- och sjukvård, utbildning och närmiljö. Lokala handlingsplaner för att öka tillgängligheten på hälsosam mat och även på fysisk aktivitet föreslås. Resultatet ska synas i årliga revisioner. Kommunens arbete ska öka tillgängligheten på hälsosam mat för resurssvaga. I Danmark trycker man hårt på den fysiska utformningen av kommunen, där synliga trappor, cykelvägar, säkra vägar och lekplatser ska bidra till ökad fysisk aktivitet (69).

Arbetsplatsen kan vara en viktig arena för bra matvanor. Där kan även fysisk aktivitet uppmuntras genom att den erbjuds på arbetstid. Många förslag riktar sig till storhushålls- och serveringsbranschen för att dels höja kunskapsnivån på de som arbetar där men även för att ta fram riktlinjer för bra mat. I Nya Zeeland vill man att maten som serveras i storhushåll ska följa Hälsodepartementets nutritionspolicy (65).

Förslag på interventioner inom primärproduktionen, livsmedelsindustrin och handelsledet är begränsade. Det rör sig om att samarbeta om skrivningar i informationsmaterial, märkning eller att gemensamt diskutera fram sänkningar av salt, socker och fett i livsmedel. TV-reklamens påverkan på konsumtionen, särskilt på barnens matvanor, anses viktigt att studera (66). I Nya Zeeland framhålls media som en kanal för att öka uppmärksamheten och kunskapen om hälsosam mat och fysisk aktivitet (65). Kommunikation via ”social marketing” (användandet av marknadsföringsprinciper för att lösa sociala och hälsorelaterade problem) och enhetliga budskap är viktigt. Handlingsplanerna följs upp genom att mäta kroppsvikt och livsmedelskonsumtion. Oftast står Hälsodepartementet, eller någon enhet kopplad till den, för samordning av den övergripande strategin. I Frankrike består samordningskommittén av 7 ministrar, myndigheter, livsmedelsindustrin, lokala myndigheter och forskare (64).

Storbritanniens proposition för ett hälsosammare liv presenterades av Department of Health under hösten 2004 (68). ”Choosing health – making healthy choices easier” är en strategi för bl a goda matvanor. Ett omfattande underlag för dessa beslut har tagits fram: definition av överviktsproblemet i Storbritannien (75), rapport om fetma (71), uppskattningar av framtida sjukvårdskostnader med en ökande överviktig befolkning (76), samt analyser av reklamens påverkan på barns matvanor (77). Arbetet har också inneburit att förhandlingar inletts med industrin om att frivilligt anpassa halter av salt, socker och fett i livsmedel (78). I den brittiska propositionen föreslås krafttag med maten och den fysiska aktiviteten i skolan, begränsningar i TV-reklam mot barn och introduktion av ett signalsystem i butik för att vägleda konsumenten till hälsosammare val. Hälsokommunikationen till konsumenterna ska förbättras via en rad åtgärder.

Lärdomar från den nuvarande svenska strategin för nutrition

År 1995 antog den svenska regeringen en nationell handlingsplan för nutrition (79), ett policydokument med syfte att gälla som utgångspunkt särskilt för nationellt arbete, men även för regionalt och lokalt arbete. Huvudmålet i handlingsplanen var att: ”Genom förbättrade mat- och motionsvanor befrämja hälsa samt förebygga sjuklighet och för tidig död i kostrelaterade sjukdomar samt att minska de sociala klyftorna med avseende på dessa sjukdomars förekomst”.

För att konkretisera och för att kunna operationalisera den nationella handlingsplanen utarbetade Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut ”Nationella mål och strategier för nutrition, 1999–2004” (SD-99), (80). Meningen med SD-99 var att det skulle fungera som ett verktyg för alla som arbetar för bättre matvanor. Det skulle ange inriktning och ansvar för nutritionsarbetet samt ge vägledning till andra aktörer. I dokumentet anges mål, insatser och ansvarsfördelning för fyra områden: utbildning, stöd till lokalt och regionalt arbete, konsumentstöd och konsumentmedverkan samt storhushåll.

Livsmedelsverket lät under 2004 utvärdera SD-99 (81). Utvärderingen finns i sin helhet i bilaga 16. Det övergripande syftet med utvärderingen var att få kunskap om hur detta dokument utformats och implementerats för att komma till avsedd användning. Målet var att identifiera och värdera faktorer som styr på vilket sätt den befintliga strategin kommit till användning eller inte, samt att integrera lärdomar och rekommendationer från andra policyområden. Den kunskap som utvärderingen genererat bör användas vid utformandet av en ny nationell handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.

”Ett bra dokument som hade förtjänat ett bättre öde”

Utvärderingen tyder på att för dem som redan arbetade med kost- och hälsofrågor när dokumentet kom, var det ett stöd, genom att de fick struktur i sitt arbete. Men de kommuner och landsting som inte arbetade med frågorna aktivt, kom inte igång med sådant arbete trots SD-99. Dokumentet fick konkurrens av de nationella folkhälsomål som samtidigt utarbetades. Dessa upplevs av många aktörer ha högre status. Det fanns vid framtagandet av SD-99 en brist på vetenskapligt prövade metoder och modeller för praktiskt folkhälsoarbete samt på utvärderingsmetodik av folkhälsa. Detta innebär att man fick basera sina förslag på erfarenhet. Kompetensen för vad som skulle genomföras var därmed större än för hur man ska arbeta för att nå dit. Utvärderingen visar vidare att det inte fanns en etablerad struktur för hur man arbetar med folkhälsofrågor på nationell, regional och lokal nivå, vilket avsevärt försvårar genomförandet av en sådan strategi. Dessutom saknades resurser i form av pengar och tid för genomförande-arbetet som är en absolut nödvändighet för att lyckas.

Lärdomar

En nationell handlingsplan bör ha regering och/eller riksdag som avsändare och vara förankrad. Samtidigt måste det säkerställas att folkhälsoarbetet för bra matvanor och ökad fysisk aktivitet institutionaliseras på lokal och regional nivå. Detta skapar kontinuitet och tydlighet hos alla aktörer.

Alla som berörs av handlingsplanen måste känna delaktighet i dokumentet. Detta kan uppnås genom att tillvarata och hantera både med- och motkrafter på ett öppet och flexibelt sätt under utvecklandet såväl som vid implementeringen av en handlingsplan. Samarbete krävs över departements- och myndighetsgränser.

En handlingsplan bör inte utformas som en önskelista. Insatserna ska kunna omsättas i praktiken. ”Hur-kunskapen” är lika viktig som ”vad-kunskapen”. Det betyder att det inte räcker att ange vad som ska uppnås, t ex att alla skolluncher ska vara hälsosamma, utan handlingsplanen måste visa hur det ska uppnås. Detta kräver bred kunskap hos dem som utformar handlingsplanen.

Tillräckligt med resurser måste säkerställas till utvecklings-, förankrings- och genomförandearbetet. På nationell nivå handlar det framför allt om resurser för metodutveckling, kompetensutveckling, projektstöd, processledning och informationsspridning. Implementeringsfasen kräver kontinuitet, struktur och framför allt resurser.

Metoder behöver skapas och rutiner etableras för uppföljning och utvärdering under genomförandet. Mätbara mål måste skapas och utvärderas löpande. Resultaten behöver återkopplas till berörda parter.

Regionalt och kommunalt arbete med matvanor och fysisk aktivitet

Under sommaren 2003 utfördes en kartläggning av folkhälsoarbetet i kommunerna med hjälp av en enkät (82). Studien visade att det pågår en uppbyggnad av organisatoriska förutsättningar för folkhälsoarbete i kommunerna. Med de nya nationella målområdena för folkhälsa breddas begreppen och allt fler aktörer involveras i folkhälsoarbetet. Detta är en utveckling som tidigare skett inom andra områden, exempelvis miljö- och arbetsmiljöarbetet. Där har utvecklingen gått mot att integrera arbetet inom övrig organisation. En framgångsfaktor för framtidens folkhälsoarbete kommer att utgöras av ökad integration av folkhälsofrågan i alla verksamhetsområden.

Generellt kan konstateras att flera kommuner har en mer omfattande organisation för folkhälsoarbete i dag jämfört med 1995 då den förra kartläggningen utfördes. Främst är det andelen kommuner med övergripande handlingsplaner och folkhälsoråd som har ökat. Många gånger saknas dock en övergripande plan för folkhälsoarbetet i kommuner och landsting. Allt fler folkhälsoråd lyder under kommunen i stället för under landstinget. Dock ökar politiska representanter från landstinget i folkhälsoråden och landstingen är oftare med och finansierar folkhälsosamordnartjänsten.

Av de 144 kommuner av totalt 290 som har handlingsplaner har 62 procent även åtgärdsprogram med koppling till planen. Flest åtgärdsprogram (54 stycken) fanns inom målområde 11 (alkohol, narkotika, tobak och spel). Näst vanligast (46 stycken) var åtgärdsprogram inom målområde 5 (miljö) och målområde 3 (barn) med 44 stycken. Ingen kommun uppgav sig ha åtgärdsplan inom målområde 6 (hälsofrämjande hälso- och sjukvård). Tjugosex kommuner angav att de hade åtgärdsprogram för fysisk aktivitet, medan bara 13 hade det för goda matvanor. Av storstäderna är det bara Malmö som har åtgärdsprogram kopplade till den övergripande handlingsplanen/policyn.

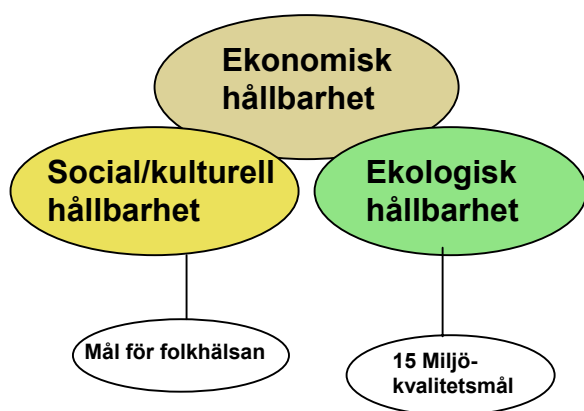
Perspektiv att beakta i uppdraget

En nationell handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet är ett viktigt steg i genomförandet av den svenska folkhälsopolitiken och uppfyllelsen av det övergripande folkhälsomålet ”att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen” (85). Målet visar på sambandet mellan samhälleliga förutsättningar, som kan påverkas genom politiska beslut, och hälso-utvecklingen i befolkningen. Folkhälsopolitiken innebär att statliga myndigheter, som har verksamhet som påverkar folkhälsan, ska beakta effekter av sin verksamhet på folkhälsoutvecklingen.

Ett perspektiv som ska beaktas är barnperspektivet, dvs att barnens speciella behov ska uppmärksammas. Ett viktigt styrdokument i detta sammanhang är FNs konvention om barnets rättigheter (83). Genusperspektivet ska belysa hur olika insatser påverkar män och kvinnor respektive pojkar och flickor och hur åtgärder kan leda till större jämlikhet i hälsa mellan könen. Ett socioekonomiskt perspektiv innebär att sociala skillnader ska uppmärksammas och åtgärdas med målet att nå jämlikhet i hälsa mellan grupper med varierande inkomst och utbildning. Ett etniskt och kulturellt perspektiv innebär en strävan efter att det inte ska finnas hälsoskillnader mellan olika kulturella och etniska grupper i befolkningen.

I uppdraget anges vidare att föreslagna insatser ska bidra till regeringens arbete med en hållbar utveckling. Hållbar utveckling definieras som en utveckling som möter dagens behov utan att hindra kommande generationers möjligheter. En handlingsplan för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet bör därför utformas så att den bidrar till en positiv utveckling när det gäller alla tre hållbarhetsperspektiven. Ekologisk (miljömässig) hållbarhet har konkretiserats genom att Sveriges riksdag har tagit beslut om femton miljö kvalitetsmål (84). Social/kulturell hållbarhet har konkretiserats genom att riksdagen har tagit beslut om Mål för folkhälsan (85), se figur 4.

Ökad fysisk aktivitet och goda matvanor bidrar till en ekonomisk hållbar utveckling genom minskad sjukdomsförekomst, som medför lägre sjukvårds- och läkemedelskostnader samt minskat produktionsbortfall. Ökad aktiv transport (gång och cykling) kan även bidra till minskad miljöförstöring och de kostnader som detta orsakar. I det nyligen publicerade delbetänkandet ”Hållbara laster. Konsumtion för en ljusare framtid” (SOU 2004:119), behandlas bl a matvanor ur ett hållbarhetsperspektiv. Utredningen framhåller ”Första steget maten” (86) som en modell för arbetet med hållbar livsmedelskonsumtion. Beräkningar visar att en hållbar livsmedelskonsumtion inte behöver vara förenad med högre livsmedelsutgifter. Konsumenten kan genom att minska konsumtionen av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker spara mycket pengar. Uppskattningsvis läggs i genomsnitt 42 procent av livsmedelskostnaderna (drygt 20 000 kronor per person och år) på sådana livsmedel (87). Om denna typ av livsmedel helt uteslöts från matinköpen skulle en besparing på i genomsnitt 8 500 kronor per person och år göras.



Figur 4. Sambandet mellan olika dimensioner av hållbar utveckling, mål för folkhälsan och miljökvalitetsmålen. Målområdet ”Sunda och säkra miljöer och produkter” bland folkhälsomålen överlappar miljökvalitetsmålen men fokuserar enbart på hälsa.

Hälsoekonomi och fetma

Två relaterade men helt olika hälsoekonomiska frågeställningar av stor betydelse, inte minst inom fetmaområdet, är för det första hur man får mest hälsa eller sjukdomsreduktion för satsade pengar och, för det andra, hur stora kostnaderna är för en sjukdom eller hälsoskadlig faktor, som t ex fetma, alkohol och rökning. Frågan om fetmans samhällsekonomiska kostnader är intressant därför att de mäter storleksordningen på problemet och kan användas som argument för förebyggande åtgärder och mer forskning på området. Sådana studier ska dock inte tolkas som att de mäter det man potentiellt kan vinna genom att fördela mer pengar till ett visst område, eftersom vinsten beror på om det dels finns effektiva metoder för förebyggande eller behandling, dels om det är möjligt att undanröja sjukdomen helt. Kostnadsstudier ger följaktligen inget svar på frågan om hur resurser ska fördelas i samhället utan denna fråga belyser hälsoekonomer i kostnadseffektivitetsanalyser. Nedan följer en kortfattad redogörelse för dessa analysmetoder och forskningsläget inom fetmaområdet.

I kostnadsstudier ingår alla relevanta kostnader, dvs i detta fall direkta kostnader som uppstår pga fetma (t ex sjukvårdskostnader) och indirekta kostnader i termer av produktionsbortfall. För att beräkna de direkta och indirekta kostnaderna krävs att man vet hur många som är feta, vilka hälsokonsekvenser fetma har, konsumtion av hälso- och sjukvård, sjukfrånvaro, förtidspensionering eller förkortad livslängd. Man måste också kunna beräkna värdet av den förlorade produktionen pga sjukfrånvaro, förtidspensionering eller av förtidig död. Det finns tre olika metoder som används för att värdera liv: humankapital, ”willingness-to-pay” och friktionskostnaden (88).

Fetma kan ses som en sjukdom i sig eller som en riskfaktor för följsjukdomar. I det följande ses fetma som en riskfaktor. Ett viktigt begrepp i kostnadsanalyser är etiologisk fraktion som avser den del av en sjukdom som kan tillskrivas en specifik faktor, t ex fetma. För att kunna mäta fetmans kostnadsverkningar krävs att fetmans del i sjukdomen kan brytas ut från de övriga sjukdomsfaktorerna. Om den etiologiska fraktionen är 1 så innebär det att fetma ensam orsakar sjukdomen; om den är 0 så finns inget samband mellan fetma och sjukdomen. Om kunskapen om etiologisk fraktion är bristfällig blir kostnadsuppskattningen osäker.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) genomförde år 2002 en systematisk litteraturöversikt av bl a kostnader för fetma och fetmarelaterade sjukdomar (8). Endast 22 artiklar identifierades som varande relevanta. Bland dessa studier kom flera från USA, Europa, någon från Kanada och Nya Zeeland, dock ingen svensk. SBU bedömde att de direkta kostnaderna för fetmarelaterade sjukdomar är cirka 2 procent av de totala utgifterna för hälso- och sjukvård, dvs vid detta tillfälle cirka 3 miljarder kronor. SBU pekar på att det vetenskapliga underlaget för bedömning av de indirekta kostnaderna är begränsat och att

metoder behöver utvecklas. En svensk studie skattade dock de indirekta kostnaderna för produktionsbortfall pga sjukfrånvaro och förtidspensionering för personer med fetma ($BMI \geq 28$) (89). Resultaten visade att produktionsbortfallet för sjukfrånvaro och förtidspensionering pga övervikt och fetma för kvinnor 1988 var cirka 3,6 miljarder kronor per år vilket skulle motsvara cirka 10 procent av de totala indirekta kostnaderna för sjukfrånvaro och förtidspensionering för kvinnor detta år. I en annan studie fann man att kostnaden för läkemedel var 77 procent högre bland personer med fetma (90). I en nyutkommen rapport, som tagits fram av Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE) i Lund, beräknas den del av sjukvårdskostnaderna som kan hänföras till övervikt och fetma till cirka 3 miljarder kronor (91). Övriga kostnader, som följer av fetma, än de för sjukvården finns inte med i beräkningarna och inte heller har de totala samhällskostnaderna för exempelvis sjukfrånvaro, förtidspension och produktionsbortfall inkluderats. Rapporten beskriver även i olika scenarier hur andelen av befolkningen med övervikt och fetma kan utvecklas och hur detta kommer att påverka de framtida sjukvårdskostnaderna. I denna rapport uppskattas bl a att 60 procent av svenskarna kommer att vara överviktiga eller feta år 2030 om förekomsten av feta och överviktiga ökar i samma takt som under 1990-talet. Som ett resultat av ökningen i andelen feta och överviktiga beräknas sjukvårdskostnaderna för fetma att öka med 120 procent mellan 2003 och 2030.

För att kunna avgöra vilka åtgärder som bör användas krävs ekonomiska utvärderingar eller s k kostnadseffektanalyser, där man undersöker sambandet mellan den effekt som kan förväntas av en viss åtgärd och kostnaderna för att uppnå denna effekt. Sådana analyser förutsätter att det finns vetenskapligt belägg för effekten av en behandling eller en förebyggande åtgärd i syfte att reducera förekomsten av fetma.

Det finns olika metoder för att utföra hälsoekonomiska utvärderingar av olika åtgärder. Alla metoder tar hänsyn till kostnader, men de skiljer sig åt när det gäller hur hälsoeffekterna beaktas. Den enklaste formen av ekonomisk utvärdering kan göras om två åtgärder har identiska hälsoeffekter. I detta fall bör man välja det alternativ som har lägst kostnad och analysen brukar benämnas kostnadsminimeringsanalys. Det vanligaste är dock att både kostnader och hälsoeffekter skiljer sig åt mellan olika åtgärder. Om ett alternativ har både lägre kostnader och bättre hälsoeffekter är valet också uppenbart. När både kostnader och hälsoeffekter är större vid ett åtgärdsalternativ jämfört med ett annat, då måste de ökade kostnaderna ställas i relation till de ökade hälsoeffekterna. Detta kan göras i en kostnadseffektanalys, som innebär att kostnaden per enhet hälsoeffekt beräknas. Ett exempel på effektmått är vunna levnadsår, som är ökningen i förväntad återstående livslängd. En svaghet med detta mått är att ingen hänsyn tas till livskvalitet, dvs hälsotillståndet. För att få ett heltäckande mått krävs att man tar hänsyn till effekter både på livslängd och hälsostatus. Ett sådant mått är kvalitetsjusterade levnadsår (QALYs). QALYs konstrueras genom att olika hälsotillstånd ges en vikt på en

kontinuerlig skala mellan 0 (död) och 1 (full hälsa) (88). En QALY kan tolkas som ett år med full hälsa. En kostnadseffekt analys med QALYs som effektmått benämns ibland kostnadsnyttoanalys. Kostnadseffekt analys med QALYs som effektmått är den metod för ekonomisk utvärdering som rekommenderas av de flesta forskarna inom området (88, 92).

En aktuell rapport från OECD sammanfattar vad man vet bl a om kostnadseffektiviteten av, för det första, en rad olika interventioner syftande till att förebygga eller behandla fetma och typ 2-diabetes och, för det andra, studier som undersökt i vilken utsträckning som subventionering och skatter av olika slags livsmedel förändrar individers konsumtionsbeteende (93). I rapporten redogörs även för studier som undersökt livsstilsinterventioner, t ex kostrådgivning och fysisk aktivitet, och medicinska behandlingar. Resultaten visar att det ännu finns mycket litet vetenskapligt stöd om effekterna av subventions- och skattepolitik, vilket helt enkelt beror på att instrumentet inte har prövats i större utsträckning. Det finns mer belägg både vad gäller effektivitet och kostnadseffektivitet för livsstilsinterventioner och att sådana inte särskilt överraskande är mer kostnadseffektiva än läkemedel för primärprevention av typ 2-diabetes. Däremot finns visst stöd för att läkemedelsbehandlingar är mer kostnadseffektiva än livsstilsinterventioner för sekundär prevention och strategier för individer som redan diagnostiserats med diabetes.

För att kunna avgöra vilka åtgärder som bör implementeras av de som föreslås i denna rapport krävs att man teoretiskt kan bestämma nyttan av de olika åtgärderna i förhållande till vad de kostar. Praktiskt kan åtgärder införas där man med stor säkerhet kan bedöma att vinsten är större än åtgärdens kostnad. I övriga fall bör man vara försiktig. En fråga är också i vilken grad de olika åtgärderna är oberoende av varandra, dvs om kostnadseffektiviteten påverkas av att en annan åtgärd redan har införts. I denna rapport har olika tänkbara åtgärder identifierats och deras kostnader har uppskattats. I nästa steg bör effekterna av de olika åtgärderna identifieras, kvantifieras och värdesättas i syfte att få en uppfattning om vinsterna kan anses klart överstiga kostnaderna för åtgärden. Vid eventuellt införande av åtgärder är det även viktigt att på ett tidigt stadium planera för att följa upp effektiviteten och kostnadseffektiviteten av de olika åtgärderna.

Referenser

1. Folkhälsorapport, 2001. Socialstyrelsen; 2001.
2. WHO. The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. World Health Organization Technical Report Series 916.
4. Nordic Nutrition Recommendations, NNR 2004 – integrating nutrition and physical activity. Nord 2004:013.
5. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta, GA, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
6. UK Department of Health. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. UK Department of Health; 2004. A report from the Chief Medical Officer.
7. Jain A. Fighting obesity [Editorial]. BMJ 2004;328:1327-8.
8. SBU Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2002.
9. IARC Handbooks of cancer prevention. Weight control and physical activity. Volume 6, 2002. International agency for research on cancer, WHO.
10. Edén B. Övervikt och fetma minskar kvinnors fertilitet: Viktnedgång och fysisk aktivitet ökar den barnlösa chansen att bli gravid. Läkartidningen 2003;100:4096-9.
11. Mattsson L-Å, Ladfors L. Övervikt och fetma – en riskfaktor vid graviditet och förlossning. Ökad frekvens missbildningar, intrauterin fosterdöd och förlossningsskador. Läkartidningen 2003;100:3959-61.
12. Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of Life Lost Due to Obesity. JAMA 2003;289:187-93.
13. Sarlio-Lähteenkorva S, Silventoinen K, Lahti E. Relative weight and income at different levels of socioeconomic status. Am J Publ Health 2004;94:468-72.
14. Darnton-Hill I, Nishida C, James WPT. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Publ Health Nut 2004;7(1A): 101-21.
15. Lobstein T, Frelut M-L. Prevalence of overweight among children in Europe. Obes Rev 2003;4:195-200.
16. Landstingsförbundet 2004. Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Landstingsförbundet; 2004. www.lf.se.
17. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000;320:1240-3.

18. Becker W, Enghardt Barbieri H. Svenska barns matvanor 2003 – resultat från enkätfrågor. Livsmedelsverket; 2004. www.slv.se.
19. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. Stockholm: Samhällsmedicin & Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:1.
20. Petersen S, Brulin C, Bergström E. Increasing prevalence of overweight in young schoolchildren in Umeå, Sweden, from 1986 to 2001. *Acta Paediatr* 2003;92:848-53.
21. Ekblom ÖB, Oddsson K, Ekblom BT. Prevalence and regional differences in overweight in 2001 and trends in BMI distribution in Swedish children from 1987 to 2001. *Scand J Public Health* 2003;31:1-7.
22. Rasmussen F, Johansson M. Increase in the prevalence of overweight and obesity from 1995 to 1998 among 18-year-old males in Sweden. *Acta Paediatr* 2000;89(7):888-9.
23. Reilly JJ, Dorosty AR. Epidemic of obesity in UK children. *Lancet* 1999;354.
24. Reilly JJ, E M, McDowell Z C, B H, Alexander D, Stewart L, et al. Health consequences of obesity. Review. *Arch Dis Child* 2003;88:748-52.
25. Z wiauer K, Caroli M, Malecka-Tendera E, Poskitt E. Clinical features, adverse effects and outcome. I: Child and adolescent obesity. London: Cambridge University Press; 2002.
26. Andersen T, Rissanen A, Rössner S, red. Fetma/fedme – en nordisk lärobok. Lund: Studentlitteratur; 1998.
27. Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Malmö och Stockholm: Stiftelsen NEPI; 2004.
28. Swanberg I. Prevention av ätstörningar – kunskapsläget idag. Statens folkhälsoinstitut; 2004. R2004:40.
29. Becker W, Pearson M. Riksmaten 1997–98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Metod och resultatanalys. Uppsala: Livsmedelsverket; 2002.
30. Nationella Folkhälsoenkäten: På lika villkor. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.
31. Roos G, Prättala R. Disparities in food habits. Review of research in 15 European countries. FAIR-97-3096. Helsinki, Finland: Publications of the National Public Health Institute; 1999. B24/1999.
32. Hagman U, Bruce Å , Persson L-Å, Samuelson G, Sjölin S. Food habits and nutrient intake in childhood in relation to health and socio-economic conditions – A Swedish multicentre study 1980–81. *Acta Pediatr Scand* 1986;S328:1-56.
33. Jälminger A-K, Marmur A, Callmer E. ”Min Matdagbok” – En matvaneundersökning bland barn i årskurs tre från områden med olika socioekonomiska förhållanden i Stockholms län. Centrum för Tillämpad Näringslära. Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting; 2003. Rapport nr. 27. www.sll.se.
34. Födevaredirektoratet. Danskarnes kostvanor 2000–2001. Utvecklingen i danskarnes kost – forbrug, inkøb og vaner. Danmark: Födevaredirektoratet. Avdelning för ernäring; 2002. FödevareRapport 2002:10.

35. Lillegaard ITL. UNGKOST 2000. Sosial- og helsedirektoratet, avdeling for ernæring, Statens næringsmiddelstillsyn og Institutt for ernæringsforskning, Universitetet i Oslo; 2002.
36. Engström L-M. Idrott som social markör. Stockholm: HSL Förlag; 1999.
37. Danielson M, Marklund U. Svenska skolbarns hälsovanor 1997/98, tabell-rapport. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2000. R 2000:5.
38. Danielson M. Svenska skolbarns hälsovanor 2001/02. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. R 2003:50.
39. Robinson TN. Television viewing and childhood obesity. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:1017-25.
40. Hancox RJ, Milne BJ, Poulton R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth study. *Lancet* 2004;364(9430):257-62.
41. Mackenbach JP, Cavelaars AEJM, Kunst AE, Groenhouf F, EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. An international study. *Eur Heart J* 2000;21:1141-51.
42. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999;29:563-70.
43. Taheri S, Lin L, Austin D, Young T, Mignot E. Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin and increased body mass index. *Public Library of Science Medicine* 2004;1:210-7.
44. Bauman AE, Bellew B, Vita P, Brown W, Owen N. Getting Australia active: towards better practice for the promotion of physical activity. Melbourne, Australia: National Public Health Partnership; 2002.
45. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4 Suppl):73-107.
46. Trost SGN, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34:1996-2001.
47. Sallis JF, Owen N. Physical activity and behavioral medicine. Thousand Oaks (US): Sage Publications; 1999.
48. King AC. How to promote physical activity in a community: research experiences from the US highlighting different community approaches. *Patient Educ Couns* 1998;33(1 suppl):3-12.
49. Humpel N, Owen N, Leslie E. Environmental factors associated with adults' participation in physical activity: A review. *Am J Prev Med* 2002;22:188-99.
50. King AC. Environmental and policy approaches to the promotion of physical activity. I: Rippe J, red. *Lifestyle Medicine*. Norwalk (CT): Blackwell Science; 1999.
51. Cordain L, Gotshall RW, Eaton SB. Physical activity, energy expenditure and fitness: an evolutionary perspective. *Int J Sports Med* 1998;19:328-35.

52. Hill JO, Wyatt HR, Melancon EL. Genetic and environmental contributions to obesity. *Med Clin North Am* 2000;84:333-46.
53. Regmi A, Deepak MS, Seale Jr JL, Bernstein J. Cross-country analysis of food consumption patterns. Economic Research Service/USDA; 2003. Changing Structure of Global Food Consumption and Trade/WRS-01-1.
54. FAO. World agriculture: towards 2015/2030. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2002. Summary report.
55. FAO. The world food summit five years later. Mobilizing the political will and resources to banish world hunger. 2004.
56. Matthiessen J, Fagt S, Biloft-Jensen A, Beck AM, Ovesen L. Size makes a difference. *Public Health Nutrition* 2003;6:65-72.
57. Nestlé M. Food Politics: How the food industry influences nutrition and health. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 2002.
58. Jordbruksverket. Konsumtionen av livsmedel och dess näringsinnehåll. 2004. Rapport 2004:7.
59. Molarius A. The contribution of lifestyle factors to socio-economic differences in obesity in men and women – a population-based study in Sweden. *Eur J Epidemiol* 2003;18:227-34.
60. Millstone E, Lang T. The atlas of food. Who eats what, where and why? London: Earthscan Publications Ltd; 2003.
61. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004 May. WHA57 17, 22.
62. Regeringens skrivelse 2003/04:129. En svensk strategi för hållbar utveckling – ekonomisk, social och miljömässig. 3 maj 2004.
63. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Story M, Perry CL. Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: Implications for prevention programs. *Health Psychol* 2003;22:88-98.
64. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. National Nutritional-Health Programme 2001–2005. République Française.
65. Ministry of Health. Healthy eating – healthy action: Oranga Kai – Oranga Pūmaī Implementation plan: 2004–2010. Wellington (NZ): Ministry of health; 2004. www.moh.govt.nz.
66. The Scottish Office. Eating for health: a diet action plan for Scotland. 1996. www.scotland.gov.uk.
67. Food and well being. Reducing inequalities through a nutrition strategy for Wales. Cardiff: Food Standards Agency Wales; 2003. www.food.gov.uk.
68. Department of Health. Choosing health – making healthy choices easier. London (UK): HM Government; 2004.
69. Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse. Oplag til national handlingsplan mod svar overvagt. Forslag til løsninger og perspektiver. København (DK); 2003.
70. CPHN. Gill T, King L, Webb K. Best options for promoting healthy weight and preventing weight gain in NSW. New South Wales Centre for public health nutrition and NSW Department of health; 2004. www.cphn.biochem.usyd.edu.au.

71. Health Committee, House of Commons. Obesity. Third report of session 2003-04. Volume I Report, together with formal minutes. HC 23-1. London: The Stationary Office; 2004 May 27.
72. Raine KD. Overweight and obesity in Canada: A population Health Perspective. Ottawa (Canada): Canadian Institute for Health Information (CIHI); 2004.
73. Nasjonalt fagråd for ernæring. Strategiplan – nasjonellt nutritionsarbeite 2004–2014 (utkast). Oslo (Norge); 2004.
74. Nordiska ministerrådet. Nordisk handlingsplan for befre sundhed og livskvalitet gennem mad og fysisk aktivitet. EK-Livs; 6 dec 2004.
75. The National Audit Office. Tackling Obesity in England. Report by the controller and auditor general. HC 220 Session 2000-2001: 15 February 2001. London: The Stationary Office. 8 February 2001.
76. Wanless D. Securing health for the whole population. HMSO; 2004. Final Report February 2004.
77. Hastings G, Stead M, McDermott L. Review of research on the effects of food promotion to children. Final Report. England: Food Standards Agency; 2003. www.csm.strath.ac.uk.
78. Food Standards Agency. www.food.gov.uk/industry/consultations.
79. Nationell handlingsplan för nutrition 1995. Livsmedelsverket och Statens folkhälsainstitut.
80. Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket. Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket; september 1999. Rapport 1999:19.
81. Haglund P, Ljung M. Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004 – utvärdering. Livsmedelsverket; 2004. Rapport 2004:18.
82. Hammerslag A. Kommunernas organisation för folkhälsofrågor år 2003. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:21.
83. Regeringskansliet. Konventionen om barnets rättigheter. Stockholm; 2003.
84. Regeringens proposition 2000/01:130 Svenska miljömål – delmål och åtgärdsstrategier.
85. Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan; December 2002.
86. Dahlin I, Lindeskog P. Ett första steg mot hållbara matvanor. Centrum för tillämpad näringslära; 1999. Rapport 23.
87. Frykberg J. Vad kostar hållbara matvanor? En ekonomisk jämförelse mellan dagens konsumtion och ett förslag till en hälsomässigt och miljömässigt hållbar livsmedelskonsumtion, 2004. Statens folkhälsoinstitut, under publicering.
88. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 2 uppl., Oxford: Oxford university press; 1997.
89. Narbro K, Jonsson E, Larsson B, Waaler H, Wedel H, Sjöström L. Economic consequences of sick-leave and early retirement in obese Swedish woman. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1996;20:895-903.
90. Narbro K, Ågren G, Jonsson E, Näslund I, Sjöström L, Peltonen M. Pharmaceutical costs in obese: A comparison with randomly selected population

- sample, and long-term changes after conventional and surgical treatment. The SOS intervention study. I: Nabro K, red. Economic Aspects of Obesity. Göteborgs Universitet; 2001.
91. Landstingsförbundet. Kostnadsutveckling i svensk sjukvård relaterad till övervikt och fetma – några scenarier. Vårdens resursbehov och utmaningar på längre sikt. Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi; 2004.
 92. Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC. Cost-Effectiveness in Health and Medicine. New York: Oxford University Press; 1996.
 93. OECD, red. Cost-effectiveness of interventions to prevent or treat obesity and type 2 diabetes. A preliminary review of the literature in OECD countries. Workshop on the economics of prevention; 15 October 2004. Ad Hoc Group on the OECD Health Project. Organisation for Economic Cooperation and Development; 2004.

Mål för samhällsinsatser avseende goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

1. Samhället utformas så att det är enkelt att ha goda matvanor för alla grupper i befolkningen.
2. Samhället utformas så att det ger förutsättningar för en ökad fysisk aktivitet för alla grupper i befolkningen.

Mätbara mål för goda matvanor

1. Öka konsumtionen av frukt och grönsaker.
2. Öka konsumtionen av nyckelhålsmärkt mat.
3. Minska konsumtionen av livsmedel av typen sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker.

Motiv till målen för goda matvanor

Kroppens behov av olika näringsämnen och energi ligger till grund för näringsrekommendationer. Dessa anger rekommendationer om den näringsmässiga sammansättningen av en kost och en måltidsordning som ger förutsättningar för god hälsa. Rekommendationerna är baserade på en bedömning av den vetenskapliga litteratur som finns tillgänglig vid varje uppdatering. I Norden finns gemensamma näringsrekommendationer sedan 1980, nordiska näringsrekommendationer, NNR.

Den senaste versionen är från 2004 (1). Vid varje revidering går en arbetsgrupp, som består av nordiska nutritionsforskare och representanter för myndigheter, igenom den aktuella vetenskapliga litteraturen inom området. Ett förslag utarbetas, som sedan bedöms av en bredare grupp forskare. NNR överensstämmer i hög utsträckning med motsvarande rekommendationer i andra länder. Rekommendationerna har ändrats ganska lite under åren, däremot har det vetenskapliga underlaget stärkts betydligt. Det råder med andra ord stor enighet om vad som är önskvärt intag av energi och olika näringsämnen för olika befolkningsgrupper. Rekommendationerna vilar i allt väsentligt på solid vetenskaplig grund.

På basen av NNR utarbetas de svenska näringsrekommendationerna, SNR. Sverige har sedan 1971 haft sk kost- och motionsrekommendationer som utfärdats av olika berörda myndigheter, främst Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitutet. Dessa rekommendationer omfattar råd både på närings- och livsmedelsnivå men också råd om fördelningen av måltiderna över

dagen. Livsmedelsverket har nyligen ”översatt” SNR till livsmedelskonsumtion (2). I detta arbete har hänsyn tagits till nuvarande svenska matvanor enligt den senaste nationella kostundersökningen (3). En man och en kvinna med låg fysisk aktivitet har varit typ-personer. En kost har satts samman som uppfyller samtliga svenska näringsrekommendationer och som skiljer sig så lite som möjligt från nuvarande genomsnittliga matvanor. Måltiderna är fördelade över dagen som frukost, lunch, middag samt några mellanmål.

Detta arbete har därmed kunnat identifiera och kvantifiera de från folkhälso-synpunkt viktigaste förändringarna av matvanorna innebärande minskad risk för övervikt, hjärt-kärlsjukdom, diabetes, vissa cancerformer och karies.

Dessa är:

- fördubbla konsumtionen av frukt och grönsaker,
- fördubbla konsumtionen av bröd, främst fullkorn,
- byt till flytande matfetter och oljor i matlagning,
- välj nyckelhålmärkta mejeri- och charkuteriprodukter,
- fördubbla konsumtionen av fisk,
- halvera intaget av salt,
- halvera konsumtionen av sötade drycker, godis, glass, snacks, bakverk och alkoholhaltiga drycker.

Sådana förändringar av livsmedelskonsumtionen skulle leda till:

- minskat intag av energi,
- minskat intag av mättat fett,
- minskat intag av fett,
- minskat intag av salt,
- minskat intag av raffinerat socker,
- ökat intag av omättat fett,
- ökat intag av kostfiber.

Snarlika kostrekommendationer har utfärdats i andra länder (4–6) på basen av internationella koststudier (7) och av WHO (8).

Målen för goda matvanor kommer att följas upp genom kostundersökningar som beskrivs i insats 44 under Livsmedelspolitik.

Vad innebär målen?

Frukt och grönsaker: Den svenska rekommendationen för frukt och grönt är att alla över 10 år bör äta minst 0,5 kg per dag (motsvarar ungefär 2–3 frukter och 2 portioner grönsaker) och att barn i åldern 4–10 år bör äta cirka 400 gram per dag. En ökad konsumtion av *nyckelhålmärkta livsmedel* innebär dels att vissa livsmedel ersätts med nyckelhålmärkta alternativ (t ex ost och charkuterier), dels att konsumtionen av andra ökas (t ex fisk, frukt och grönt). Sammantaget bidrar detta till ett högre intag av kostfiber och ett minskat intag av fett, mättat fett, raffinerat socker och salt. Revideringen av nyckelhålet (9) innebär att även naturligt magra och fiberrika livsmedel, som inte innehåller för mycket salt och socker, samt hela livsmedelsgrupper, som anses vara hälsosamma, får märkas. En ökad konsumtion av nyckelhålmärkta livsmedel bidrar därför också till en ökad konsumtion av grovt bröd och fisk. Nyckelhålet är en välkänd symbol som gör det lättare för konsumenten att välja livsmedel i butik och på restaurang. Barn under 2 år rekommenderas att äta mer fett än vuxna. Därför rekommenderas inte lättmjölk och lättmargarin till barn under 2 år. Däremot bör även små barn begränsa intaget av mättat fett och därför erbjudas nyckelhålmärkt ost och nyckelhålmärkta charkuterivaror. För äldre personer som har svårt att behålla kroppsvikten bör inte heller lättmjölk och lättmargarin användas.

Livsmedel som inte finns i matcirkeln innehåller mycket energi, fett och/eller socker och samtidigt lite näringsämnen. Det är produkter som *godis, söta drycker, glass, bakverk, snacks och alkoholhaltiga drycker*. Hög konsumtion av dessa livsmedel är förknippad med högt energi-, socker- och fettintag och/eller näringsfattig kost (1, 7, 10–11). Många konsumenter uppfattar dock dessa livsmedel som goda och svåra att avstå ifrån. I Livsmedelsverkets arbete med att översätta näringsrekommendationerna till livsmedel (2) visades att om kosten i övrigt är av god kvalitet kan livsmedel av den här typen utgöra högst 15 procent av energiintaget, inklusive alkohol som i sin tur bör utgöra högst 5 procent av energiintaget. Det betyder att för de flesta vuxna bör inte mer än 200–300 kcal per dag komma från denna typ av livsmedel. Detta motsvarar till exempel ungefär 50 gram smågodis, en bulle eller ett glas läsk och en näve chips. I dag bidrar sådana livsmedel i genomsnitt med omkring 25 procent av energiintaget bland vuxna och barn (3).

Mätbara mål för fysisk aktivitet

1. Öka andelen friska vuxna som är fysiskt aktiva minst 30 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 3,5 timmar per vecka.
2. Öka andelen friska barn som är fysiskt aktiva minst 60 minuter på minst måttlig nivå varje dag, eller sammanlagt minst 7 timmar per vecka.
3. Minska andelen barn och vuxna med en stillasittande livsstil.

Motiv till målen för fysisk aktivitet – vuxna

Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning. Hälsofrämjande fysisk aktivitet är all fysisk aktivitet som förbättrar hälsan och den fysiska kapaciteten utan att åsamka skada eller utgöra en risk. Den totala energiförbrukningen representerar summan av tre delar: 1) basalmetabolismen, som hänförs till att upprätthålla och bibehålla olika kroppsfunktioner och omsättning av vävnad, utgör cirka 60 procent av energiförbrukningen, 2) den termiska effekten av matsmältningen som utgör cirka 10 procent, 3) fysisk aktivitet som för en person med en genomsnittlig aktivitetsnivå utgör cirka 30 procent och är den mest variabla delen av energiförbrukningen.

Den nuvarande rekommendationen om minst 30 minuter minst måttligt intensiv fysisk aktivitet (t ex snabba promenader) helst varje dag (1, 12) är grundad framför allt på effekter på hjärt-kärl-hälsa. Rekommendationen har en stark vetenskaplig koppling till funktionella effekter såsom minskning av blodtryck, blodsockernivå och förbättrad hjärtfunktion. Den rekommenderade aktivitetsnivån underlättar viktkontroll, speciellt för den del av befolkningen som är relativt stillasittande. Med ett ökande energiintag, som det vi ser i dag, behövs dock 45 till 60 minuter per dag på minst måttlig nivå, om vikten ska hållas stabil (13–14). Forskning visar att människor som har varit över-viktiga eller feta, men gått ned i vikt, kan behöva 60–90 minuter fysisk aktivitet om dagen för att upprätthålla viktkontroll (14).

Även om högre volymer fysisk aktivitet än 30 minuter per dag kan ge ytterligare hälsovinster, reflekterar målen höga allmänna hälsoeffekter och bättre uppnåbarhet i befolkningen samtidigt som skaderiskerna hålls låga. Målen stämmer överens med de nya nordiska näringsrekommendationerna (1) och internationella rekommendationer publicerade av expertgrupper (15–17). Målet om minst 30 minuter hälsofrämjande fysisk aktivitet varje dag gäller även för äldre människor. Äldre bör dock speciellt beakta vardaglig fysisk aktivitet som ger ökad funktionell kapacitet i form av muskelstyrka, koordination och balans.

Med stillasittande livsstil menas en livsstil med få eller inga vardagliga inslag av hälsofrämjande fysisk aktivitet eller motion, och låg volym fysisk aktivitet över huvud taget (16). Exempel på stillasittande vardagsinslag är kontorsarbete utan större fysiska ansträngningar under dagen, motoriserad transport mellan hemmet och arbetet, TV-tittande och fysiskt passiv fritidssysselsättning. Stillasittandet är ett ökande problem som bidrar till utvecklingen av hjärt-kärlsjukdom, typ 2- diabetes, högt blodtryck, tjocktarms- och bröstcancer, benskörhet, övervikt och fetma, högt serumkolesterol, stroke och flera psykiska åkommor som oro/ängslan och icke-klinisk depression (16–17). Både fetma och en stillasittande livsstil bidrar till ökat insjuknande i typ 2-diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. WHO (18) har identifierat stillasittande som en av de 10 ledande globala dödsorsakerna med nästan 2 miljoner dödsfall årligen i västvärlden och det är därför mycket angeläget ur ett folkhälsoperspektiv att minska andelen människor med en stillasittande livsstil.

Målen för fysisk aktivitet hos vuxna kommer att följas upp med Statens folkhälsoinstituts nationella folkhälsoenkäter.

Motiv till målen för fysisk aktivitet – barn

Det finns mycket starka argument för att uppmuntra barn att röra på sig mycket, såsom upprätthållande av energibalans, välbefinnande, benhälsa och rörlighet. Samtidigt är fysisk aktivitet ett viktigt verktyg för lek och rekreation, inlärn timer av motoriska och sociala färdigheter och utvecklande av kreativ förmåga (19). Det rekommenderas att barn dagligen bör vara fysiskt aktiva sammanlagt 60 minuter på minst måttligt intensiv nivå, varav två pass i veckan bör innehålla aktiviteter som stärker skelettben, ger muskelstyrka och rörlighet (1, 20–21).

Den rekommenderade volymen fysisk aktivitet kan uppnås antingen genom att utföra all aktivitet i ett pass, eller genom att ackumulera kortare pass under dagens gång (t ex 3 x 10 minuter för vuxna eller 6 x 10 minuter för barn) (22).

För att följa upp målen för fysisk aktivitet hos barn krävs att barns fysiska aktivitet mäts enligt insats 12 som beskrivs under Folkhälsopolitik.

Mätbara mål för kroppsvikt

1. Förebygga viktuppgång från normalvikt till övervikt hos vuxna.
2. Främja en normal viktutveckling hos barn.

Motiv till målen

Det förebyggande arbetet syftar till att få färre personer att drabbas av övervikt, speciellt barn. Högt BMI är en stark riskfaktor för en rad sjukdomar, men även viktuppgång i sig ökar risken för diabetes, högt blodtryck och hjärt-kärlsjukdom (23). Kombinationen av ett förhöjt BMI och pågående viktökning leder till en mångfaldig riskökning. Viktökning hos vuxna består till största delen av fett vilket ofta lägger sig i buken. Detta är den mest hälsoskadliga typen av fetma. Att framhålla stabilisering av vikten och inte viktninskning kan även bidra till att undvika fokusering på ohälsosamma bantningskurer och minskar stigmatiseringen av feta.

För barn som fortfarande växer och av den anledningen går upp i vikt är det framför allt viktigt att de inte avviker från etablerade viktkurvor. Barn med måttlig övervikt behöver inte sträva efter viktninskning. Deras BMI kan normaliseras om vikten står still, samtidigt som de tillväxer i längd.

Målet för kroppsvikt ska, när det gäller vuxna, följas upp via Statistiska centralbyrån (ULF-undersökningar). För att följa upp målet för kroppsvikt hos barn krävs att barns längd och vikt registreras och samlas in enligt insats 11 och 12 som beskrivs under Folkhälsopolitik.

Referenser

1. Nordic Nutrition Recommendations, NNR, 2004 – integrating nutrition and physical activity. Nord 2004:013, ISBN 92-893-1062-6.
2. Enghardt Barbieri H, Lindvall C. De svenska näringsrekommendationerna översatta till livsmedel – Underlag till generella råd på livsmedels- och måltidsnivå för friska vuxna. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003. Rapport 1.
3. Riksmaten 1997–98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Metod och resultatanalys. Uppsala: Livsmedelsverket; 2002.
4. De 7 kostråd. Danmark: Födevarestyrelsen. www.altomkost.dk.
5. Mat og mosjon. Helsetips fra Sosial- og helsedirektoratet, Norge. www.shdir.no.
6. Healthy Diet. Food Standards Agency, Storbritannien. www.eatwell.gov.uk.
7. Becker W. Fett & Kolhydrater – balansen är viktig. Vår Föda 2003;2:22-6.
8. CINDI dietary guide. Twelve steps to healthy eating. WHO Europe; 2000.
9. Förslaget om Nyckelhålet sänt till EU-kommissionen. Livsmedelsverkets föreskrifter om användning av viss symbol. www.livsmedelsverket.se.
10. Becker W. Konsumtion av frukt, grönsaker, fett och kostfiber. Kostfaktorers samband med kostsammansättning och näringsintag. Rapport 11/95. Uppsala: Livsmedelsverket; 1995.
11. Enghardt Barbieri H. Vad äter barnen i Sverige? Färska resultat från Livsmedelsverkets nationella undersökning om barns matvanor. Folkhälsostämman; 11 oktober 2004. www.folkhalsostamman.nu.
12. Svenska Läkaresällskapet. Fysisk aktivitet och hälsa – att ordinera träning på recept. 2001-11-01.
13. Fogelholm M, Kukkonen-Harjula K. Does physical activity prevent weight gain – a systematic review. *Obes Rev* 2000;1:95-111.
14. Saris WHM, Blair SN, van Baak MA, Eaton SB, Davies PSW, Di Pietro L, et al. How much physical activity is enough to prevent unhealthy weight gain? Outcome of the IASO 1st Stock Conference and consensus statement. *Obesity Reviews* 2003;4:101-14.
15. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al. Physical activity and public health: A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.
16. US Department of Health and Human Services. Physical activity and health: A report of the Surgeon General. Atlanta (GA, US): Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1996.
17. UK Department of Health. At least five a week: Evidence on the impact of physical activity and its relationship to health. Department of Health; 2004.

18. WHO The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002. Report No.: 92 4 156207 2.
19. Biddle S, Sallis J, Cavill N, red. Young and active? Young people and health-enhancing physical activity: evidence and implications. London: Health Education Authority; 1998.
20. WHO. How much physical activity needed to improve and maintain health. www.who.int/hpr/physactiv/pa.how.much.html. Geneva; 2003.
21. Cavill N, Biddle S, Sallis JF. Health-enhancing physical activity for young people: Statement of the United Kingdom Expert Consensus Conference. *Pediatric Exercise Science* 2001;13:12-25.
22. Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bonchard C, et al. Physical activity and public health: A recommendation from the centers for disease control and prevention and the American college of sports medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.
23. Willet W. Guidelines for healthy weight. *N Engl J Med* 1999;341:427-34.

5

Strategi för att nå målen

Förändringar i samhället har avsevärt påverkat matvanorna och graden av fysisk aktivitet i befolkningen. För att förbättra matvanorna och öka den fysiska aktiviteten måste åtgärder i första hand riktas mot den samhälleliga nivån, där förutsättningarna för goda matvanor och fysisk aktivitet skapas, så att det blir enkelt att ha hälsosamma levnadsvanor. För samtliga aktörer är det särskilt viktigt att påverka utbud, tillgänglighet och/eller efterfrågan av livsmedel och fysisk aktivitet. Erfarenheter visar att människor betydligt oftare gör hälsosamma val om den omgivande miljön stödjer dem i detta (1).

WHOs globala strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa

WHO understryker i sin globala strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa, som antogs av Världshälsoförsamlingen i maj 2004, att regeringar har ett avgörande inflytande på bestående förändringar i folkhälsan (2). En strategi, som går ut på att skapa en hälsosam miljö och sedan främja ett hälsosamt val i denna gynnsamma miljö, har störst möjlighet att leda till hållbara beteendeförändringar. WHO betonar att strategin måste baseras på det bästa vetenskapliga kunskapsunderlaget, vara sektorsövergripande, ha ett långtidsperspektiv, vara tvärvetenskaplig och ge människor möjlighet att påverka. Strategin ska ta hänsyn till den komplexa interaktionen mellan personligt val, sociala normer samt ekonomiska faktorer och samhällsfaktorer. WHO framhäver vidare betydelsen av integrerade insatser över flera samhällsnivåer och samverkan mellan aktörer från offentlig-, kommersiell- och frivillig sektor för att förbättra folkhälsan. Det betonas att för att nå de mest utsatta grupperna i samhället krävs samhällsinriktade insatser. WHO förespråkar användningen av statliga styrinstrument såsom:

- Information, utbildning, kommunikation
- Skatter och subventioner
- Reglering och lagstiftning
- Direkt ekonomiskt stöd till utvalda åtgärder
- Utveckling av kunskapsbasen, exempelvis forskning och utredning.

Modell för folkhälsoarbete

Den svenska folkhälsopolitiken och WHO:s globala strategi är baserade på den internationella folkhälsoforskningen, som har visat att folkhälsoarbete som enbart riktar sig till individen och inte påverkar samhälleliga förutsättningar för hälsa, inte ger önskade effekter.

En modell för folkhälsoarbete, som har växt fram de senaste årtiondena grundar sig på beteende- och socialvetenskap som betonar betydelsen av individfaktorer i kombination med den sociala och fysiska miljön som bestämningsfaktorer för levnadsvanor och hälsa (social-ecological model), (3–6). I modellen integreras åtgärder utförda av offentliga aktörer på nationell, regional och lokal nivå med andra aktörers insatser, dvs så kallade flernivåinterventioner.

Utvärderingen av detta angreppssätt är dock synnerligen komplex och forskningen på området är begränsad. På grund av den snabba ökningen av fetma rekommenderar beteendeforskare världen över flernivåinterventioner och att man samtidigt utvecklar utvärderingsmetodik och inte avvaktar tills resultat från randomiserade kontrollerade studier är tillgängliga (6–14). Vid omfattande samhällsförändringar kan man dock inte ha någon kontrollgrupp. Effekterna måste följas i systematiskt insamlade data om matvanor, fysisk aktivitet och kroppsvikt i olika grupper i befolkningen. Det är också svårt att utvärdera vilka enskilda åtgärder som haft störst effekt när ett batteri av åtgärder används (15).

Erfarenheter från andra områden såsom tobak och hiv/aids ger både underlag och stöd till ovanstående rekommendationer beträffande flernivåinterventioner. Från tobaksområdet har just kombinationen av en rad åtgärder samtidigt på olika nivåer i samhället bedömts vara förklaringen till det framgångsrika arbetet med att minska rökningen (16). Här har en kombination av utbildningsinsatser, reglerande och ekonomiska åtgärder använts. Thailand är ett av de få länder i världen som lyckats med hiv-/aidsprevention. Här bedöms politiskt ledarskap och beslutsamhet alltifrån den nationella till den lokala nivån ha varit avgörande (17). Man pekar också på betydelsen av att ha tillförlitliga data på förekomst av hiv/aids allmänt tillgängliga samt möjligheter att kunna följa förändringar. När data tas fram och görs tillgängliga blir det svårt för beslutsfattare men även för näringsliv, organisationer och enskilda att inte vidta åtgärder. Återigen betonas att det är den samlade mängden av ett flertal åtgärder som haft effekt och att det är svårt att peka ut någon enskilda framgångsfaktor.

Strategi för att nå goda matvanor och ökad fysisk aktivitet

Med utgångspunkt i folkhälsopolitiken, WHO:s globala strategi och folkhälsoforskningen föreslås härmed en strategi för hur de uppsatta målen för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och kroppsvikt kan uppnås:

- Insatser ska riktas till både samhälle och individ.
- Insatser ska vara långsiktiga.
- Resurser ska ställas till förfogande för implementering.
- Insatser ska samordnas på nationell, regional och lokal nivå.
- Insatser ska ske i samverkan mellan offentlig, privat och ideell sektor.
- Statens insatser ligger i samverkan mellan de politikområden som mest påverkar de samhälleliga förutsättningarna för matvanor och fysisk aktivitet.
- Genomförandet av insatser ska beakta lokala förhållanden och bygga på befolkningens delaktighet.
- Utvärdering och uppföljning ska fortlöpande integreras i arbetet.

Prioriteringar

Insatser som främjar skapandet av stödjande miljöer för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet för barn och ungdomar bör prioriteras i ett första skede. För att genomföra en handlingsplan måste dessutom insatser som rör samordning och uppföljning av insatser och mål prioriteras.

Referenser

1. Pettersson B, Tillgren P (red), Finer D, Haglund BJ. Playing time ... Creating supportive environments for health. Report from The 3rd International Conference on Health Promotion. Sundsvall (Sweden); 1991 June 9–15.
2. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004 May. WHA57 17, 22.
3. Swinburn B, Egger G. Preventive strategies against weight gain and obesity. *Obes Rev* 2002;3:289-301.
4. Smedley BD, Syme SL, red. Promoting health. Intervention strategies from social and behavioral research. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
5. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. Health behavior and health education. Theory, research and practice. 3 uppl., San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
6. Spence JC, Lee RE. Toward a comprehensive model of physical activity. *Psychology of Sport and Exercise* 2003;4:7-24.
7. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32:963-75.
8. Swinburn B, Egger G, Raza F. Dissecting obesogenic environments: The development and application of a framework for identifying and prioritizing environmental interventions for obesity. *Prev Med* 1999;29:563-70.
9. Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. London: Health Development Agency, NHS; 2004 Feb. Evidence briefing 1st edition.
10. Dietz WH, Gortmaker SL. Preventing obesity in children and adolescents. *Annu Rev Public Health* 2001;22:337-53.
11. Darnton-Hill I, Nishida C, James WPT. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. *Publ Health Nut* 2004;7(1A): 101-21.
12. Lobstein T, Frelut M-L. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes Rev* 2003;4:195-200.
13. Richter KP, Harris KJ, Paine-Andrews A, Fawcett SB, Schmid TL, Lankenau BH, et al. Measuring the health environment for physical activity and nutrition among youth: A review for physical activity and applications for community initiatives. *Prev Med* 2003;31:98-111.
14. Kumanyika SK. Minisymposium on obesity: Overview and some strategic considerations. *Annu Rev Public Health* 2001;22:293-308.
15. SBU. Förebyggande åtgärder mot fetma. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; November 2004.
16. Mercer SL, Green LW, Rosenthal AC, Husten CG, Kahn LK, Dietz WH. Possible lessons from the tobacco experience for obesity control. *Am J Clin Nutr* 2003;77:1073S-82.
17. Ainsworth M, Beyrer C, Soucat A. AIDS and public policy: the lessons and challenges of "success" in Thailand. *Health Policy* 2003;64:13-37.

6 Insatser och motiv

I detta kapitel redovisas insatser ordnade efter de 13 politikområden som bedöms vara de som påverkar samhällsliga förutsättningar för goda matvanor och fysisk aktivitet mest. Berörda myndigheter återfinns under det politikområde som de tillhör. Insatser, som vänder sig till landsting, kommun eller organisation är sorterade under det politikområde där insatsen närmast hör hemma. Inom varje politikområde finns redan mål och delmål formulerade som stödjer arbetet för goda matvanor och fysisk aktivitet på ett utmärkt sätt. Endast två justeringar föreslås av befintliga mål under konsument- respektive livsmedelspolitik.

En huvudaktör finns angiven till varje insats. Ofta anges att insatsen ska utföras i samarbete eller i samråd med andra angivna aktörer. Efter varje insats finns motiv till insatsen beskrivna.

Kostnader för staten finns angivet när insatsen kräver statliga pengar utöver berörd myndighets ordinarie budget. Kostnader för insatser som uppskattats understiga 500 000 kronor är inte angivna. Kostnader för kommuner och landsting är inte angivna. Flera av insatserna, med kommuner eller landsting som huvudaktör, kräver dock tillskott av resurser för att kunna genomföras. Om detta ska lösas med bidrag från staten till kommuner och landsting eller om det ska lösas inom ramen för dessa aktörers egna budgetar måste bli föremål för överläggningar mellan regeringen och berörda parter. Flera insatser på lokal och regional nivå kräver också ytterligare utredning för att kunna kostnadsberäknas. Tiden för uppdraget har varit för kort för att göra detaljerade kostnadsberäkningar.

Arbetslivspolitik

Målet med arbetslivspolitik är att arbetsvillkoren ska vara goda och ge möjlighet till utveckling i arbetet för både män och kvinnor. Lagar medverkar till att skapa sunda, säkra och utvecklande arbetsmiljöer. En arbetsmiljö eftersträvas som förebygger ohälsa och olycksfall, är anpassad till människors olika fysiska och psykiska förutsättningar samt utvecklande för individen.

Arbetsplatsen är en nyckelarena där hälsan kan förbättras och ojämlikhet i hälsa minskas (1). Eftersom de flesta vuxna arbetar är arbetsplatsen en arena där många kan nå oavsett kön, ålder, socialgrupp och etnicitet. Den arbetsrelaterade ohälsan och långtidssjukskrivningarna har accelererat de senaste åren. Det är viktigt att lyfta fram det förebyggande arbetet inom arbetslivet och dess betydelse för folkhälsan. Arbetsplatsen kan ge socialt stöd och belöningar för beteendeförändringar. Det är en av få arenor som varit framgångsrika med att locka män till friskvårdsinsatser (2–4). För vuxna bör arbetsplatsen kunna ha samma möjligheter som skolan har för barnen när det gäller att fungera utjämnande mellan olika socio-ekonomiska grupper avseende matvanor och fysisk aktivitet (1).

INSATS 1

Kriterier bör skapas för certifiering av hälsofrämjande arbetsplatser inkluderande kriterier för mat och fysisk aktivitet.

Aktör: Arbetslivsinstitutet och Arbetsmiljöverket i samarbete med Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut

MOTIV

Luxemburgdeklarationen för hälsofrämjande på arbetsplatser inom Europeiska Unionen (5) uttrycker att hälsofrämjande arbetsplatser bör vara en gemensam satsning av arbetsgivare, arbetstagare och samhället för att förbättra hälsan och välbefinnandet för människor i arbetslivet. Detta kan uppnås genom en kombination av förbättringar av arbetsorganisation och arbetsmiljön, främjande av aktiv medverkan och uppmuntran till personlig utveckling. Arbetslivsinstitutet Syd är nationellt svenskt kontaktombud och lägger för närvarande grunden till ett svenskt nationellt nätverk och forum för hälsofrämjande arbetsplatser.

Konceptet hälsofrämjande arbetsplatser kan vidareutvecklas genom att skapa kriterier för certifiering. I konceptet ingår bl a att skapa en personalpolicy som aktivt integrerar frågor med anknytning till hälsofrämjande åtgärder. Utvecklingen av kriterier för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet på arbetet skulle mot bakgrund av den snabbt ökande förekomsten av fetma i befolkningen vara relevanta att prioritera i nuläget. ”Riktlinjer för maten på arbetsplatsen” skulle kunna fungera som vägledning i detta arbete (se insats 47 under Livsmedelspolitik).

Litteraturen visar att breda friskvårdsprogram med många olika aktiviteter bl a kan leda till fördelar för anställda och arbetsgivare såsom förbättrat anseende för företaget, bättre relationer och kontakter med lokalsamhället, ökad arbetstillfredsställelse, ökad kvalitet och kvantitet av produktionen, lägre antal sjukdagar, minskad sjukfrånvaro och andra former av frånvaro, ökad förmåga att hantera stress, färre konflikter på arbetet samt lägre sjukvårdskostnader (6–12).

I en systematisk kunskapsöversikt om effektiviteten av program för att främja hälsan på arbetsplatser drogs slutsatsen att hälsofrämjande program som använder en övergripande strategi kan vara effektiva och även kostnadseffektiva (13). Individuella hälsoriskbedömningar och behovsanalyser bör ingå i interventionen. Fysisk aktivitet på arbetsplatsen anses bevisat vara effektivt för att öka konditionen hos arbetstagarna samt förebygga rygg- och nacksmärtor. Det finns begränsade bevis för att arbetsplatsinterventioner i form av kostrådgivning ger effekt på blodfetter, blodtryck och trötthet. Individuell rådgivning till högriskindivider för hjärt-kärlsjukdomar kan dock vara effektivt för att minska risken. Interventioner på arbetsplatsen för att minska kroppsvikten är effektiva på kort sikt, men långtidseffekter har ännu inte påvisats. Slutligen finns inga starka bevis för att högintensiva program har bättre effekt än lågintensiva. Tre faktorer tycks avgörande; individuell riskreduktion för högriskpersoner, hälsoriskbedömningar (hälsoprofil) som görs innan interventionerna sätts in samt att hänsyn tas till arbetstagarnas intressen.

Arbetslivsinstitutet konstaterar i en rapport att var fjärde man och kvinna har för låg fysisk kapacitet för sin arbetsuppgift (14). Enligt institutet borde införandet av obligatorisk träning på arbetstid vara en given strategi för arbetsgivaren eftersom regelbunden fysisk aktivitet ofta kan förbättra de flesta anställdas kondition avsevärt. Det finns en rad erfarenheter av hälsofrämjande arbete på arbetsplatser.

I dessa satsningar ingick möjlighet till olika former av fysisk aktivitet på betald arbetstid, uppmuntran att använda aktiv transport (gång eller cykling) till och från arbetet samt utbildning i fysisk aktivitet och hälsa för olika personalkategorier såsom exempelvis personalchefer och skyddsombud.

Korpen Svenska Motionsidrottsförbundet är en ideell folkrörelse som sedan 2001 bedriver hälsodiplomeringskoncept. Hittills har 800 företag med totalt 200 000 anställda hälsodiplomerats. Undersökningar, som Korpen gjort, visar att uppemot 90 procent av de arbetsplatser som hälsodiplomerats, upplever att diplomeringskonceptet hjälpt dem att strukturera hälsoarbetet. Drygt 85 procent har fått ett ökat engagemang för friskvård och hälsofrågor i organisationen. Över 80 procent uppger att de har fått flera fysiskt aktiva på sina arbetsplatser som ett resultat av att arbeta med hälsodiplomeringskonceptet (15).

LO och Korpen arbetar i projekt tillsammans och genom skyddsombuden för att starta friskvårdsarbete på arbetsplatsen. De fackligt förtroendevalda skyddsombuden är nyckelpersoner. I facket är den viktigaste uppgiften att vara ett stöd för medlemmarna, att förhandla om avtal, arbeta mot diskriminering och försöka få en säker och trygg arbetsmiljö. LOs och Korpens gemensamma idé stöder det arbetet genom möjligheten att utveckla friskvårdsarbetet på arbetsplatsen (16).

INSATS 2

Förslag bör utvecklas om hur praktiska och teoretiska kunskaper om mat och fysisk aktivitet kan ingå som ett återkommande inslag i de arbetsmarknadspolitiska programmen.

Aktör: Arbetsmarknadsverket

MOTIV

Arbetsmarknadsverkets (Ams) ppgifter anges i förordningen (SFS 2000:628) om den arbetsmarknadspolitiska verksamhet som bedrivs i form av platsförmedling, vägledning, arbetslivsinriktad rehabilitering, vissa anställningsfrämjande åtgärder samt arbetsmarknadspolitiska program.

Ams bedömer att de arbetsmarknadspolitiska programmen i många fall bryter isolering, ger struktur åt vardagen samt ökar sociala kontakter vilket är bra för individen (17). Myndigheten bedömer vidare att det finns möjligheter att integrera fysisk aktivitet inom de arbetsmarknadspolitiska programmen, som riktar sig till arbetssökande. Inom ramen för aktivitetsgarantin har inslag av hälsorelaterade aktiviteter förekommit.

Den senaste nationella folkhälsoenkäten visade att det var vanligare bland de ekonomiskt utsatta att ha fler ohälsosamma levnadsvanor jämfört med dem som inte var utsatta (18). Genom att erbjuda kurser med fokus på goda matvanor och ökad fysisk aktivitet inom ramen för de arbetsmarknadspolitiska programmen skulle man nå en viktig målgrupp för det hälsofrämjande arbetet. På så sätt skulle även arbetslösa få tillgång till likvärdiga förmåner avseende friskvård som många arbetsplatser erbjuder i dag. Det är särskilt viktigt att effekterna utvärderas och bedöms avseende kostnadseffektiviteten.

Referenser

1. British Heart Foundation. Submission to HM Treasury. Prepared for Pre-Budget Report 2003 and Budget 2004. A lunch that works. Healthy lunches – healthy lunch breaks.
2. Sallis JF, Bauman A, Pratt M. Environmental and policy interventions to promote physical activity. *Am J Prev Med* 1998;15:379-97.
3. Sallis JF, Owen N. Physical activity and behavioral medicine. Thousand Oaks (US): Sage Publications; 1999.
4. King AC. Environmental and policy approaches to the promotion of physical activity. I: Rippe J, red. *Lifestyle Medicine*. Norwalk (CT): Blackwell Science; 1999.
5. The European Network for Workplace Health Promotion 1997, Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion. http://www.enwhp.org/download/luxembourg_declaration.pdf
6. Shephard RJ. A critical analysis of work-site programs and their postulated economic benefits. *Med Sci Sports Exerc* 1992;24:354-70.
7. Pelletier K. A review and analysis of the health and cost-effective outcome studies of comprehensive health promotion and disease prevention programs at the worksite: 1991–1993 update. *Am J Health Promot* 1993;8:50-62.
8. Wilson MG, Hofman PB, Hammock A. A comprehensive review of the effects of worksite health promotion on health-related outcomes. *Am J Health Promot* 1996;10:429-35.
9. Shephard RJ. Worksite fitness and exercise programs: a review of methodology and health impact. *Am J Health Promot* 1996;10:436-52.
10. Heaney CA, Goetzel RZ. A review of health-related outcomes of multi component worksite health promotion programs. *Am J Health Promot* 1997;11:290-307.
11. Pelletier K. Clinical and cost outcomes of multifactorial, cardiovascular risk management interventions in worksites: a comprehensive review and analysis. *J Occup Environ Med* 1997;39:1154-69.
12. The Wellness Councils of America & The Wellness Councils of Canada. Health promotion: Sourcebook for small businesses. Omaha (USA): Wellness Councils of America (WELCOA); 1998.
13. Källestål C (red), Bjurvald M, Menckel E, Schærström A, Schelp L, Unge C. Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:32.
14. Menckel E, Österblom L. Hälsofrämjande processer på arbetsplatsen. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2000.
15. Korpen www.korpen.se/halsodiplomering/tl.asp
16. Korpen www.korpen.se/t2e.asp?p=71513
17. Remissvar till FHI Dnr. 04-1056-09.
18. FHI. Nationella Folkhälsoenkäten: På lika villkor. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004.

Bostadspolitik

Bostadspolitiken är av betydelse för folkhälsan i allmänhet och för fysisk aktivitet i synnerhet genom att den fysiska samhällsplaneringen kan skapa stödjande miljöer för fysisk aktivitet. Bostadspolitiska mål med relevans för fysisk aktivitet är bl a att fysisk planering ska bidra till hållbar utveckling och god livsmiljö och att främja en god uppväxtmiljö för barn och ungdomar. Den nationella strategin för hållbar utveckling framhåller att fysisk planering kan främja en socialt och ekonomiskt hållbar utveckling som ger förutsättningar för goda sociala miljöer med jämlika och värdiga levnadsförhållanden för alla och att en samlad politik för ett hållbart samhällsbyggande krävs för att möta den fortgående urbaniseringen i Sverige (1). Hållbart samhällsbyggande som bl a beaktar människors behov av rörelse i en attraktiv miljö är en högt prioriterad fråga på den internationella och europeiska agendan för hållbar utveckling.

INSATS 3

Den tvärsektoriella myndighetsgrupp som arbetar med ”Landskapets upplevelsevärden” bör få fortsatt stöd. Aspekter på trygghet och säkerhet bör särskilt beaktas för att förbättra förutsättningarna för fysisk aktivitet för alla.

Aktör: Boverket i samarbete med FHI, SLU, Riksantikvarieämbetet, Skogsstyrelsen, Socialstyrelsen, Naturvårdsverket, Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet

MOTIV

”Landskapets upplevelsevärden” är ett samarbetsprojekt initierat och finansierat av Boverket, Naturvårdsverket, Riksantikvarieämbetet, Skogsstyrelsen, Socialstyrelsen och FHI som syftar till att ta fram indikatorer att användas för uppföljning och utvärdering av folkhälsomål och miljökvalitetsmål. Indikatorerna ska ge en bild av kvaliteter på och tillgång till utemiljöer för olika former av fysisk aktivitet, rekreation och utevistelser utifrån de preferenser vuxna har. På sikt bör indikatorerna kompletteras med barns preferenser.

Huvudmålen med projektet är att:

- Utveckla en relevant beskrivningsmodell för landskapets upplevelsevärden, kartlägga behovet av underlag för att kunna använda modellen samt att visa hur informationstillgången kan säkerställas. Modellen ska utgöra en integrerad del av det samlade systemet för uppföljning, planering och beslut med avseende på bl a miljömålsarbetet och folkhälsoarbetet.
- Presentera ett antal indikatorer som uppfyller givna kvalitetskriterier. Indikatorerna ska användas vid uppföljning och utvärdering av hur arbetet med att nå folkhälsomålen och miljökvalitetsmålen går. Dessutom ska de kunna vara

verktyg för att kunna göra bedömningar av ett områdes värden från rekreationssynpunkt vid olika planerings- och användningssituationer. Indikatorerna ska främst kunna användas på nationell nivå, men också vara ett stöd i regional och lokal utvecklingsplanering.

Gruppens arbete är relevant med hänsyn till bestämningsfaktorer för fysisk aktivitet som exempelvis upplevd estetiskt attraktiv miljö (2–4). Både verklig och uppfattad god tillgång till platser att röra sig på, och att dessa faciliteter upplevs som bra, har ett samband med regelbunden fysisk aktivitet (5), medan missnöje med faciliteterna ökar risken för stillasittande (6). En hög grad av trygghetskänsla och säkerhet i bostadsområdet påverkar fysisk aktivitet positivt (2–3, 7), medan boende i områden med låg trygghet och säkerhet rör sig mindre oberoende av inkomstnivå (8). Att identifiera och kartlägga dessa miljöfaktorer och definiera indikatorer är av stor betydelse för att folkhälsoaspekter kan inkluderas i den fysiska planeringen. Stöd bör avsättas för att få fram underlag och statistik angående de nationella indikatorerna om tillgång till upplevelsevärden.

INSATS 4

Ett tvärsektoriellt utvecklingsarbete om bostadsmiljöns betydelse för fysisk aktivitet bland barn och vuxna bör påbörjas.

Aktör: Boverket i samarbete med FHI

MOTIV

Det är i dag vetenskapligt dokumenterat att närmiljöns utformning och kvalitet påverkar människans fysiska aktivitet och olika dimensioner av hälsa (9–10). Mer utförlig och specifik kunskap krävs dock för att identifiera bestämningsfaktorer och utifrån denna kunskap planera effektivare interventioner i bostadsmiljön. Ett exempel är behovet att undersöka vilka faktorer som främjar ökad fysisk aktivitet i bostadsmiljöer för barn, vuxna och äldre. Ett annat exempel, där behovet av ett tvärsektoriellt utvecklingsarbete är stort, är att undersöka hur tillgången till säkra, trygga och estetiska trappor och trapphus i offentlig miljö kan ökas och användandet uppmuntras. Det finns flera lämpliga finansiärer för denna forskning, bl a Forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggande (Formas).

I dag bebyggs tätorter allt tätare vilket ofta får negativa konsekvenser för grönytor och människors möjligheter till fysisk aktivitet och utevistelse. Med utgångspunkt från den kunskap som genererats inom forskningen ser Grahn (11) med oro på utvecklingen och menar att kvaliteter som ljus, luft och grönska riskerar att få stryka på foten i samband med att bebyggelsen förtätas alltmer. Barns möjlighet att fritt och säkert röra sig i sitt närområde har stor betydelse för fysisk aktivitet och avgörs i stor utsträckning av utformningen av lek- och

utemiljöer i bostadsområdet och runt förskola och skola. Goda möjligheter till rörelse i närmiljön för barn och ungdomar innefattar bl a parker, lekplatser, större grönområden och bostadsgator med låg trafikvolym. Barn är generellt sett mer fysiskt aktiva utomhus än inomhus (12) och ökad utomhusvistelse för barn är därför av hög prioritet. Detta ställer höga krav på att den omgivande miljön stödjer barnens utomhusvistelse. Studier har bl a funnit ett samband mellan barns aktivitetsnivå och tillgängligheten till grönområden och antalet närliggande lekplatser (13).

Utevistelse för barn i bostadens närmiljö har i hög grad ersatts av förskolegården. Under de första skolåren utgör skolan och skolbarnomsorgen en central miljö. Särskilt inrättade och fysiskt avgränsade lekmiljöer som de i förskola och skola tycks ha blivit viktigare för utomhuslekandet i stort (14). I dag har den kollektiva barnkulturen med lekande barnkollektiv försvagats och barn är i ökad grad beroende av vuxna även när det gäller mer personliga förhållanden som kamrat- och fritidsaktiviteter. Mårtensson sammanfattar att barns möjligheter till rörelsefrihet och utomhuslek begränsas av en sammansatt uppsättning av faktorer som handlar om demografi, barnfamiljers tidspress, trafikmiljön och värdeförskjutningar (14).

Även för vuxna gäller att avståndet till grönområden är en bestämningsfaktorer för fysisk aktivitet. Bostadsnära grönytor bör finnas i omedelbar närhet till bostadsgårdar och inom fem minuters promenad från bostaden, vilket för äldre och för barn innebär inom cirka 200 meters radie från bostaden. Forskning visar att så gott som alla boende regelbundet använder en attraktiv park om den är belägen inom 200 meter från hemmet (15–16).

Internationellt finns ett stort intresse för att forma nya idéer kring utveckling av stads- och bostadsmiljön. I Sverige har Nationalkommittén för Agenda 21 och Habitat föreslagit en ökad satsning på hållbar stadsutveckling (1). Agenda 21 är det handlingsprogram för hållbar utveckling som antogs vid FNs konferens om miljö och utveckling i Rio de Janeiro 1992. Habitat är namnet på två FN-konferenser som strävat efter att omsätta Agenda 21 för städer och tätorter. Nationalkommitténs uppgift har varit att förankra, samordna och utveckla arbetet kring Agenda 21 och Habitat i Sverige (17). Vid den fjärde WHO-ministerkonferensen om miljö och hälsa i Budapest i juni 2004 (18) förpliktigade Sverige sig att förebygga och väsentligen minska hälsokonsekvenser av olyckor och skador genom att främja säkra och stödjande miljöer för alla barn. Häri ingår att förebygga övervikt och fetma genom att implementera WHO:s globala strategi om kost, fysisk aktivitet och hälsa (19).

INSATS 5

Regeringens råd för arkitektur, form och design bör utveckla idéer kring hur arkitekturen kan bidra till fysisk aktivitet i närmiljön exempelvis satsning på metoder för att uppmuntra människor att regelbundet använda trappan.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Arkitektur, form och design kan ha en viktig roll för att öka fysisk aktivitet eftersom människans livsstilsvanor påverkas av miljö och omgivning. Trappor är exempelvis en resurs i det hälsofrämjande arbetet med att öka vardaglig fysisk aktivitet och har potential att nå en stor del av Sveriges befolkning varje dag, men trappor är ofta svårtillgängliga och betraktas inte sällan som enbart ”nödutgångar”. Att regelbundet ta trappan kan leda till signifikanta hälsovinster. Forskning visar att människor som regelbundet använder trappor har bättre hälsa än de som i stället väljer hiss/rulltrappa, inklusive förbättrad kondition, styrka och viktnedgång, lägre kolesterol, och lägre risk för bensörhet (20–21). Dessutom har färre dödsfall rapporterats hos individer som regelbundet tar trappan jämfört med regelbundna användare av rulltrappa/hiss, och fler dödsfall hos personer som anger att de har svårt att använda trapporna (22). Potentialen att främja fysisk aktivitet genom att ta trappan är stor eftersom de allra flesta automatiskt tar rulltrappan.

Det finns ett behov av att, på olika sätt, framhäva trappan i byggnader som ett verktyg för ökad fysisk aktivitet. Ett stort antal studier visar exempelvis att trappbudskap (exempelvis: ”Behåll hälsan, spara tid, ta trappan”) som placerats ut innan rulltrappa eller hiss markant kan öka användandet av trappan (23). Trappbudskap har i en systematisk översiktsartikel befunnits vara en av de mest effektiva interventionerna som testats för att öka fysisk aktivitet med en ökning av användandet av trappan på 50–300 procent (23–24). Andra metoder som testats är att skapa trevligare trapphus med bättre belysning, ljusare färger, konst på väggarna, musik och ökad tillgänglighet och upplevd säkerhet (23–25). Den systematiska översikten av Kahn et al (24) rekommenderade praktisk tillämpning av sådana metoder.

Boverkets byggregler (26) anger ett antal råd och föreskrifter av teknisk och säkerhetsmässig karaktär som rör trappor såsom trappans lutning, längd och att utrymmet utformas så att risken för barnolycksfall begränsas. Däremot saknas råd och föreskrifter som rör trappans placering och utformning, vilket skulle kunna vara av gagn för att främja vardaglig fysisk aktivitet, speciellt i byggnader utrustade med rulltrappa/hiss. Regeringen bedriver en aktiv politik inom området arkitektur, form och design.

Regeringens handlingsprogram ”Framtidsformer” (27) utmynnade bl a i ett antal mål för att främja god arkitektur, formgivning och design, samt införandet av de s k skönhetsparagraferna i plan- och bygglagen, väglagen och lagen om

byggande av järnväg. Under 2004 tillsatte regeringen ett råd för arkitektur, form och design, under Kulturdepartementet, med huvuduppgift att verka för att målsättningarna i handlingsprogrammet "Framtidsformer" uppnås. Rådet är även Kulturdepartementets expertgrupp under Designåret 2005, och vi bedömer att Rådet har goda förutsättningar att utveckla idéer för hur tillgänglighet till, utformning och användande av trappor kan uppmuntras. T ex skulle Rådet för arkitektur, form och design kunna utlysa en tävling om "bästa trappan".

INSATS 6

Upprätta ett särskilt program och resurser för att inventera, rusta upp och förnya landets skol- och förskolegårdar, så att de inspirerar till lek, rörelse, idrott och utomhusundervisning.

Aktör: Regeringen

Kostnad: 50 miljoner kronor per år

MOTIV

Utemiljön utgör en viktig del av barns uppväxtvillkor och har en betydelsefull roll som stödjande miljö för fysisk aktivitet, inlärning, social integration och hälsa. Forskning visar att skolgårdens utformning har stor betydelse för graden av skolbarns fysiska aktivitet (28–29). Arbetsmiljölagen anger riktlinjer för skolgårdar och att skolgården är ett viktigt pausutrymme för alla i skolan men främst för de yngre eleverna (Arbetsmiljöverket, www.av.se). Riktlinjerna är dock öppna för tolkning, vilket i många fall leder till att kommunerna på grund av bristande ekonomiska resurser inte rustar upp skolgårdarna. Skol- och förskolegården har hittills hamnat mellan olika aktörer både på nationell och lokal nivå och skolelevens utevistelse ses fortfarande mer som ett rastvaksproblem än en pedagogisk fråga värd att ta på allvar (30).

Plan- och bygglagen (31), (2 kap. 4 §) anger att: "Inom eller i nära anslutning till områden med sammanhållen bebyggelse ska det finnas lämpliga platser för lek, motion och annan utevistelse". Vidare anger lagen (3 kap. 15 §) att: "Om tomter tas i anspråk för bebyggelse som innehåller en eller flera bostäder eller lokaler för barnstuga, skola eller annan jämförlig verksamhet, ska det finnas tillräckligt stor fri yta som är lämplig för lek och utevistelse på tomten eller utrymmen i närheten av denna." Vilka krav man kan ställa på dessa platser för lek, motion och utevistelse, liksom på dessa fria ytor i anslutning till bostäder, förskola och skola anges inte i lagen. Däremot finns mycket kunskap om lek och vad leken fordrar i form av fysisk miljö (14, 32).

Ett nationellt program behövs för att kommunerna ska ta tag i utmaningen att rusta upp alla landets skolgårdar så att de lever upp till intentionerna i arbetsmiljölagen. Eftersom skollagen i dag inte ställer krav på en ändamålsenlig utemiljö,

kan skolor inrättas i miljöer, som utifrån barns och ungas möjlighet till lek och fysisk aktivitet är undermåliga eller direkt olämpliga. Det är därför viktigt att frågan tas på allvar och att alla förskolor och skolor, inklusive friskolor, berörs. Både forskning och praktiska ”goda” exempel finns över hur skolgårdar kan göras mer aktivitets- och lekfrämjande.

Referenser

1. Regeringens skrivelse 2003/04:129 En svensk strategi för hållbar utveckling – ekonomisk, social och miljömässig. 3 maj 2004.
2. King AC, Castro C, Wilcox S, Eyler A, Sallis JF, Brownson RC. Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older aged adults. *Health Psychol* 2000;19:354-64.
3. Wilcox S, Castro C, King AC, Housemann R, Brownson RC. Determinants of leisure time physical activity in rural compared with urban older and ethnically diverse women in the United States. *J Epidemiol Community Health* 2000;54:667-72.
4. Ball K, Bauman A, Leslie E, Owen N. Perceived environmental aesthetics and convenience and company are associated with walking for exercise among Australian adults. *Prev Med* 2001;33:434-40.
5. Booth M, Owen N, Bauman A, Clavisi O, Leslie E. Social-cognitive and perceived environment influences associated with physical activity in older Australians. *Prev Med* 2000;31:15-22.
6. MacDougall C, Cooke R, Owen N, Willson K, Bauman A. Relating physical activity to health status, social connections and community facilities. *Aust N Z J Public Health* 1997;21:631-7.
7. Ross CE. Walking, exercising, and smoking: does neighbourhood matter? *Soc Sci Med* 2000;51:265-74.
8. Yen IH, Kaplan GA. Poverty area residence and changes in physical activity level: evidence from the Alameda County Study. *Am J Publ Health* 1998;88:1709-12.
9. Trost SGN, Owen N, Bauman AE, Sallis JF, Brown W. Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Med Sci Sports Exerc* 2002;34:1996-2001.
10. Owen N, Humpel N, Leslie E, Bauman A, Sallis JF. Understanding environmental influences on walking. *Am J Prev Med* 2004;27:67-76.
11. Grahn P. Gröna områden. 1999. Nationella folkhälsokommitténs underlagsrapport nr 5. Miljöfaktorer.
12. Baranowski T, Baranowski JC, Cullen KW, Thompson DI, Nicklas T, Zakeri IE, et al. The fun, food, and fitness project (FFFP): the Baylor GEMS pilot study. *Ethn Dis* 2003;13(1 Suppl 1):S30-9.
13. Blommaert M, Borms J, Hebbelinck M, red. Relative influences of urbanization affecting motor play activities in comparison with microsocial and somatic characteristics. *Proceedings of the 24th World Congress on Health, Physical Education, and Recreation*. Manila, Phillippines: ICHPER; 1981.
14. Mårtensson F. Landskapet i leken: en studie av utomhuslek på förskolegården. Avhandling. Alnarp: Institutionen för Landskapsplanering, Sveriges lantbruksuniversitet; 2004.

15. McAuley E, Rudolph D. Physical activity, ageing and psychological well-being. *J Ageing and Physical Activity* 1995;3:67-96.
16. Nationella Folkhälsokommittén. Miljöfaktorer: Rapport från arbetsgruppen Miljöfaktorer till Nationella Folkhälsokommittén. 1999. Underlagsrapport nr 5.
17. www.agenda21forum.org.
18. WHO. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. 2004. <http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>.
19. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004 May. WHA57 17, 22.
20. Boreham CAG, Wallace WFM, Nevill A. Training effects of accumulating daily stair climbing exercise in previously sedentary young women. *Prev Med* 2000;30:277-81.
21. Coupland CAC, Cliffe SJ, Bassey EJ, Grainge MJ, Hosking DJ, Clivers CED. Habitual activity and bone mineral density in postmenopausal women in England. *Int J Epidemiol* 1999;28:241-6.
22. Haapanen-Niemi N, Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M. Characteristics of leisure time physical activity associated with decreased risk of premature all-cause and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *Am J Epidemiol* 1996;143:870-80.
23. Faskunger J. Hälsofrämjande vardagsmotion genom trappbudskap – en litteratursammanställning. Svensk Idrottsforskning, under publicering.
24. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4 Suppl):73-107.
25. CDC. Neighbourhood safety and the prevalence of physical inactivity-selected states, 1996. USA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 2004. Hämtad 2004-08-23 från <http://www.cdc.gov/nccdphp>.
26. Boverkets byggregler: Föreskrifter och allmänna råd. BFS 1993:57 med ändringar till och med 2002:19. Karlskrona: Boverket; 2002.
27. Regeringens proposition 1997/98:117 Framtidsformer – Handlingsprogram för arkitektur, formgivning och design. 1998.
28. Sallis J, Conway TL, Prochaska JJ, McKenzie TL, Marshall SJ, Brown M. The association of school environments with youth physical activity. *Am J Publ Health* 2001;91:618-20.
29. Stratton G. Promoting children's physical activity in primary school: An intervention study using playground markings. *Am J Health Promot* 2000;10:282-98.
30. Lindholm G. Barndomsparadis och barndomsprojekt – förhållningssätt till platser för barn. Alnarp: Sveriges lantbruksuniversitet (SLU), Institutionen för landskapsplanering; 1995.
31. SFS 1987:10 Plan- och bygglag.
32. Grahn P, Mårtensson F. Ute på dagis. Movium, Alnarp; 1997. Stad & Land 1997;145.

Folkhälsopolitik

Det övergripande målet för politikområdet är att skapa samhälleliga förutsättningar för en god hälsa på lika villkor för hela befolkningen. Inom ramen för detta mål har Statens folkhälsoinstitut i uppdrag att utveckla ett system för uppföljning och utvärdering av indikatorer för folkhälsan, folkhälsoinsatserna och deras effekter på hälsans bestämningsfaktorer. Vidare ska kunskapen öka om tillämpningen av effektiva och kunskapsbaserade metoder för att bedriva folkhälsoarbete samt hur folkhälsoarbetet ska kunna effektiviseras och bättre samordnas hos kommuner, landsting och övriga relevanta aktörer.

Folkhälsopolitiken är ett självklart område för insatser för att skapa nödvändiga förutsättningar som andra aktörer behöver för att kunna fullfölja sina uppdrag. Det föreligger ett stort behov av strukturer och resurser för samordning av och resurser till arbetet för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. En viktig uppgift är att svara för kontinuerlig insamling av data som möjliggör uppföljning av olika insatser samt inte minst förändringar hos olika målgrupper vad gäller matvanor, fysisk aktivitet och kroppsvikt (se även insats 42 och 44 under Livsmedelspolitik). Metodiken för hälsokonsekvensbedömningar behöver utvecklas och specialanpassas för att säkra att utvecklingen inom alla samhällssektorer gynnar folkhälsan i allmänhet och matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet.

INSATS 7

En nationell kommitté bör bildas för att samordna, genomföra och följa upp den kommande handlingsplanen för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet med fokus på överviktsproblematiken. Utöver olika myndigheter ska forskare och berörda frivilligorganisationer ingå. Gruppen ska rapportera årligen till nationella ledningsgruppen för folkhälsa.

Aktör: Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Livsmedelsverket, Konsumentverket, Arbetsmiljöverket, Myndigheten för skolutveckling, Skolverket, Socialstyrelsen, Sveriges landstings- och kommunförbund m fl

Kostnad: 500 000 kronor per år (en heltidstjänst)

MOTIV

En av de viktigaste konklusionerna från utvärderingen av ”Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004” (1) var att man måste tydliggöra ansvar och befogenheter och därmed säkerställa ett tydligt mandat för nationella aktörer. Detta är av avgörande betydelse för en bred implementering av uppsatta mål. Vidare måste man på nationell nivå säkerställa tillräckligt med resurser för metod- och kompetensutveckling, processledning samt informationsspridning. Andra

viktiga uppgifter är att skapa metoder och etablera rutiner för uppföljning och utvärdering samt att säkerställa att resultaten av arbetet återkopplas till berörda parter. Avslutningsvis framhålls betydelsen av en kontinuerlig dialog med berörda parter, exempelvis genom etablering av nationella fora där goda matvanor och ökad fysisk aktivitet ständigt diskuteras och förankras.

WHO framhåller att regeringens roll är avgörande för att åstadkomma varaktiga förändringar i folkhälsan (2). Regeringen har en primär styrande och ledande roll när det gäller att initiera och utveckla handlingsplanen, se till att den genomförs och övervaka dess långsiktiga verkan. En bred offentlig debatt och engagemang i utformningen av politiken kan göra det lättare att vinna bifall för den och göra den effektiv. Mekanismer behöver således införas för att främja deltagande av icke-statliga organisationer, det civila samhället, lokalsamhällen, den privata sektorn och medierna i verksamheter som har anknytning till mat, fysisk aktivitet och hälsa. Hälsoministerierna bör i samarbete med andra berörda ministerier och organ ansvara för samordningen och sikta på att stärka samarbetet mellan olika sektorer på nationell, regional och lokal nivå.

En genomgång av flera länders nationella handlingsplaner ger vid handen att man anser det vara angeläget att nationellt skapa effektiva samarbetsformer. Även vid hearingar och i diskussioner under arbetet har det framhållits att en kommitté eller liknande bör samordna/leda en myndighets- och departementsgrupp för den kommande handlingsplanen.

Matvanor och fysisk aktivitet kommer alltid att vara områden som berör många sektorer och myndigheter. Detsamma gäller amningsfrågan. När det gäller amning har regeringen beslutat att lösa samarbetsfrågan genom att bilda en nationell amningskommitté bestående av företrädare för Socialstyrelsen, Konsumentverket, Statens folkhälsoinstitut samt Livsmedelsverket. Livsmedelsverket har fått rollen att samordna arbetet. Kommitténs uppgift är att leda det nationella arbetet inom amningsområdet. Den träffas några gånger per år, bjuder vid behov in experter och representanter för olika föreningar, ordnar större möten och rapporterar regelbundet till regeringen. En motsvarande kommitté för matvanor och fysisk aktivitet skulle alltså kunna bildas.

INSATS 8

Varje kommun uppmuntras att organisera ett folkhälsoråd eller liknande som integrerar frågor om matvanor och fysisk aktivitet med annat hälsofrämjande arbete. Inom rådet bör finnas personer med kompetens inom området matvanor och fysisk aktivitet.

Aktör: Kommuner

MOTIV

En viktig konklusion från utvärderingen av ”Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004” (1) och erfarenheter från lokalt folkhälsoarbete i stort är att säkerställa att folkhälsoarbetet institutionaliseras på lokal och regional nivå, så att måluppfyllelsen inte hänger på enskilda personers engagemang. Det är vidare angeläget att säkerställa att tillräckligt med resurser fördelas till utvecklings-, förankrings- och genomförandearbete.

Kommunerna har ansvar för folkhälsoutvecklingen inom sina verksamhetsområden. Ett stort antal lagar, som reglerar kommunernas verksamhet, och många av kommunens verksamhetsområden har konsekvenser för folkhälsan i allmänhet och för matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet. Många kommuner har därför mål, policy och strategier för folkhälsoarbetet, men det finns stora variationer mellan kommuner i hur detta arbete är organiserat och prioriterat.

I systematiska kunskapsöversikter har slutsatsen dragits att interventioner i lokalsamhället kan vara mycket effektiva för att öka människors fysiska aktivitet både på kort och lång sikt (3–4). Interventioner som baseras på teorier för beteendeförändring, lär ut färdigheter av utbildad personal och som är individanpassade, ger bäst effekt. Om aktiviteten dessutom är oberoende av faciliteter blir uppslutningen större. Evidensen för att förändra matvanor i lokalsamhället med hjälp av kommunikativa metoder är inte lika stark, men med förändringar i livsmedelsutbudet i livsmedelsaffärer och storhushåll understödda av lämpligt informationsmaterial, går det att uppnå vissa förbättringar i matvanor (5). Effekten upphör som regel när interventionen avslutas, vilket understryker behovet av långsiktiga satsningar.

En kartläggning av folkhälsoarbetet utfördes av Statens folkhälsoinstitut sommaren 2003 med hjälp av en enkät till alla landets kommuner (6). Studien visade att det pågår en uppbyggnad av organisatoriska förutsättningar för folkhälsoarbete i kommunerna. Generellt konstaterades att flera kommuner har en mer omfattande organisation för folkhälsoarbete i dag jämfört med 1995. Främst är det andelen kommuner med övergripande handlingsplaner och folkhälsoråd som har ökat, men på många ställen saknas fortfarande en övergripande plan för folkhälsoarbetet. Av totalt 290 kommuner fanns handlingsplaner i 144 och av dessa hade 62 procent även åtgärdsprogram inom specifika målområden med koppling till planen. Tjugosex kommuner angav att de hade åtgärdsprogram för fysisk aktivitet,

medan bara 13 hade det för goda matvanor. Det finns alltså mycket kvar att utveckla på lokal nivå när det gäller folkhälsoarbetet.

Ett sätt att säkra långsiktigheten är att se till att arbetet med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet inte blir en särskild verksamhet vid sidan av ordinarie verksamhet och politik. För att arbetet ska kunna integreras i de olika verksamheterna och därigenom garantera långsiktighet måste planeringsarbetet bedrivas tvärssektoriellt. Samtidigt bör det framhållas att just därför att mat och fysisk aktivitet kommer in i så många av kommunens ansvarsområden är det viktigt att personer med kostkompetens knyts till folkhälsorådet. De samverkande parterna måste vara tydliga beträffande sådant som mål, målgrupper, arbetssätt, roller och ansvar.

INSATS 9

Metoder för hälsokonsekvensbedömningar bör vidareutvecklas med speciell tonvikt på matvanor och fysisk aktivitet. Speciellt ska hälsokonsekvenser av förändringar i marknadsföring, pris, tillgänglighet och konsumtion av energitäta och näringsfattiga livsmedel bedömas.

Aktör: Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Jordbruksverket, Livsmedelsverket och Konsumentverket

MOTIV

Ett sätt att skaffa kunskap om betydelsen av politiska beslut för folkhälsan är att utföra hälsokonsekvensbedömningar (HKB) av politiska förslag eller beslut (7). HKB utgör ett verktyg för att analysera effekter på folkhälsan på ett systematiskt sätt och väga dessa mot andra prioriteringar. Utanför hälsosektorn är miljökonsekvensbeskrivningar och sociala konsekvensanalyser mer etablerade begrepp.

I princip ingår en social hälsokonsekvensbeskrivning i en hälsokonsekvensbedömning utförd på basis av de 11 målområden för folkhälsa, som även inkluderar mål och indikatorer för sociala förhållanden. I dag görs hälsokonsekvensbedömning i mycket begränsad omfattning som en del av miljökonsekvensbeskrivningar vid större projekt som potentiellt påverkar miljön, men det råder stor brist på lämpliga indikatorer för hälsa i denna typ av bedömningar (8).

Genom att komplettera en miljökonsekvensbeskrivning med en hälsokonsekvensbedömning får man ett beslutsunderlag som har ett bredare hälsoperspektiv än det som normalt finns i en miljökonsekvensbeskrivning. En hälsokonsekvensbedömning belyser exempelvis effekter avseende möjlighet till rekreation, fysisk aktivitet, delaktighet och trygghet, vilket inte ingår i en miljökonsekvensbeskrivning. Ett annat viktigt bidrag är att en hälsokonsekvensbedömning har fokus på sociala skillnader i hälsa genom att belysa hur olika grupper i befolkningen kommer att påverkas av beslutet.

I takt med ett ökat intresse från kommuner och landsting att arbeta med folkhälsofrågor i allmänhet och matvanor, fysisk aktivitet och kroppsvikt i synnerhet, är det angeläget att utveckla verktyg som kan vara till hjälp att värdera konsekvenser för folkhälsan av beslutsfattandet. Exempel på politiska beslut på kommunal nivå, som skulle behöva genomgå en hälsokonsekvensbedömning, är byggandet av bostäder på grönytor, prioriteringar mellan olika verksamheter i den årliga kommunala budgeten, upphandlingen av kafeteriaktivitet i idrottsanläggningar m m.

För att kunna göra en hälsokonsekvensbedömning behövs mätbara mål och indikatorer. Målen i detta underlag till handlingsplan kan relativt enkelt översättas till indikatorer, t ex mängden av frukt och grönsaker per person och dag eller andelen barn som når rekommendationen för fysisk aktivitet. Sambanden mellan föreslagna åtgärder som exempelvis förbättrad cykelinfrastruktur och indikatorn ”andelen barn som når rekommendationen för fysisk aktivitet” är förstås något osäker och här måste beräkningarna baseras på antaganden. Sambandet mellan själva indikatorn och hälsoutfallet är dock väletablerat och förslag kan på så sätt omräknas till ett förväntat hälsoutfall.

Trans Atlantic Consumer Dialogue (TACD), uppmanade 2004 i en resolution om matreklam till barn regeringarna i EU och USA att uppmärksamma hälsokonsekvenserna av matreklam riktad till barn och att regeringarna bör göra en översyn av regelverk och hantering så att reklamen stöder och inte underminerar mål för nutrition och folkhälsa (9).

En hög konsumtion av energitäta, socker- och fettrika livsmedel är en viktig bidragande orsak till fetma speciellt bland barn och ungdomar som har högst konsumtion av dessa i relation till sin kroppsvikt (2). Av folkhälsopolitiska skäl är det viktigt att följa förändringar i indikatorns variabler utbud, pris, marknadsföring och konsumtion av dessa livsmedel och bedöma hälsokonsekvenser hos specifika grupper i befolkningen.

Hälsokonsekvensbedömningar kan göras på basis av totalkonsumtionsdata från Jordbruksverket, som behöver utveckla specifik statistik för utvalda varugrupper (se även insats 42 under Livsmedelspolitik). Konsumtionsdata på individ- och grupp-nivå kan erhållas från Livsmedelsverkets kostundersökningar (se insats 44 under Livsmedelspolitik).

INSATS 10

Ett index bör utvecklas för kartläggning av livsmedelstillgängligheten (exempelvis utbud av och pris på nyckelhålsmärkt mat, frukt, grönsaker och energitäta livsmedel). Indexet kan användas inom kommunal planering.

Aktör: Statens folkhälsoinstitut

MOTIV

God livsmedelstillgänglighet är en grundläggande förutsättning för bra matvanor. Det innebär att befolkningen, även de ekonomiskt mindre privilegierade, ska ha tillgång till ett varierat utbud av livsmedel av hög kvalitet och överkomligt pris. Det innebär också att ett stort utbud av energitäta mat i lokalområdet kan leda till överkonsumtion. Hälsoinformation till befolkningen får inte önskvärd effekt om de livsmedel, som rekommenderas, inte finns inom rimligt avstånd för konsumenten eller är avsevärt dyrare än livsmedel av lägre näringskvalitet.

Livsmedelstillgänglighetens betydelse för matvanor och val av livsmedel i Sverige är relativt okänd och metoder behöver utvecklas för att beskriva utbudet på ett enkelt sätt. I dag saknas information om sortimentsutvecklingen och utbudet av livsmedelsgrupper i olika typer av butiker och regioner. Det saknas därmed baslinjedata gentemot vilka åtgärder på folkhälsoområdet kan utvärderas. Genom att kartlägga butiksnätet och utbudet av vissa nyckellivsmedel, exempelvis frukt och grönt, fisk och fullkornsbröd, skulle "svaga butiker" kunna identifieras och i vilken grad konsumenter är beroende av dessa. Vidare skulle utbudet av energitäta, näringsfattiga produkter i olika butiker kunna mätas. Ett samlat index skulle kunna föras in i Folkhälsoinstitutets databas Kommunala basfakta, som redan i dag används som ett verktyg och underlag i det lokala folkhälsoarbetet (Kommunala basfakta, www.fhi.se).

I Finland har försäljningsstatistik från livsmedelsbutiker utvecklats som ett verktyg för att följa kostinterventioner (10). Ett system för att kartlägga livsmedelsutbudet och prissättningen på livsmedel har utvecklats i Storbritannien (11). Systemet visade på tydliga skillnader i kostnaderna för några utvalda livsmedel beroende på typ av butik. Det visades också att läsk, godis och choklad är mer tillgängliga än hälsosammare livsmedel. Mindre än en tredjedel av den mat som skulle utgöra en korg med baslivsmedel för en hälsosam kost, ingick i livsmedelsutbudet i de undersökta butikerna.

Förutsättningarna finns idag för att kunna utveckla livsmedelstillgänglighetsindex. Konsumentverket har data och metoder genom Servicedatabasen och Boverket utför en förstudie angående ett sk planerings-GIS (geografiskt informationssystem).

Det finns studier som indikerar att ett stort utbud av energitäta mat i ett område är kopplat till en hög förekomst av fetma (12). Översikter av den geografiska lokaliseringen av snabbmatsrestauranger med ett högt utbud av energitäta mat (13) skulle kunna underlätta för folkhälsoaspekter att bli beaktade t ex vid

ansökan om etableringstillstånd inom kommunerna och medverka till att etablera kommersiella frizoner kring skolor.

I en undersökning från fyra Stockholmsförorter hösten 2004 framkom att det är stor variation i både utbud och tillgänglighet av snabbmat i miljöer där barn vistas dagligen. Men den mest slående skillnaden var att det inte finns alternativ till snabbmatställen i de socioekonomiskt sämst ställda områdena och att konsumtionen där framstod som en självklar del av vardagsmiljön jämfört med de socioekonomiskt bäst ställda områdena där fråvaron av konsumtion var uppenbar (14, bilaga 18).

INSATS 11

En nationell databas bör utvecklas för rapportering och uppföljning av barns längd och vikt. Utvecklingsarbetet bör göras i samarbete med barnhälsovård och skolhälsovården. Även uppgifter om amningsfrekvens från barnhälsovården bör ingå i en sådan databas.

Aktör: Socialstyrelsen/EpC

Kostnad: 500 000 kronor per år (en heltidstjänst)

MOTIV

Idag finns inga nationella, heltäckande eller representativa data tillgängliga över barns längd och vikt. Det gör att statistiken över både förekomst och utveckling av övervikt och fetma är oklar. Detta gör också att det är svårt att studera effekten av olika åtgärder samt förändringar av övervikt generellt i befolkningen och inom olika befolkningsgrupper. För att kunna följa viktutvecklingen på barn och ungdomar bör det därför skapas ett nationellt system för insamling av sådan data. Barns längd och vikt mäts redan i dag regelbundet på barnhälsovården och inom skolhälsovården, men den rapporteras inte vidare till något nationellt register (se insats 18 och 19 under Hälso- och sjukvårdspolitik). Vad som krävs är att mätningarna standardiseras och att journalerna datoriseras och samlas in centralt. Denna åtgärd har lyfts fram av en rad forskare som mycket angelägen.

Amningsfrekvens samlas redan idag in av Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen. Det är viktigt att denna verksamhet vidareutvecklas. Amningsstatistiken ska användas som underlag för att vid behov kunna vidta amningsfrämjande åtgärder samt ge statistik för allmän samhällsinformation. Amningsbenägenhet är en viktig hälsoindikator både nationellt och internationellt. Den används bl a av WHO i redovisningar om hälsoläget i olika länder och är en av huvudindikatorerna inom målområde 10 i Folkhälsopolitik. Socialstyrelsen har sedan länge verkat för att främja amning och genom information påpekat betydelsen av att upprätthålla en hög amningsbenägenhet. För att kunna göra detta är det

nödvändigt att det finns aktuell amningsstatistik där man kan följa amnings-trenderna både nationellt och lokalt. Bra statistik om amning i kombination med längd- och viktdata hos barn kan bidra till bättre kunskap om amningens eventu-ella skydd mot övervikt och fetma senare i livet (2).

INSATS 12

Metoder ska utvecklas för att följa barns levnadsvanor, kroppsvikt och aspekter på psykisk hälsa i kombination med socioekonomiska faktorer.

Aktör: Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Livsmedelsverket och forskare

Kostnad: 500 000 kronor för att utveckla + 6 miljoner kronor för att genomföra

MOTIV

Flera myndigheter och aktörer behöver aktuell och tillförlitlig information om förekomst och utveckling av övervikt och fetma bland barn och ungdomar i Sverige i kombination med information om barnens matvanor och grad av fysiska aktivitet. Det är av stor betydelse att kunna relatera sådana data till kön, ålder, socialgrupp, geografiskt område m m. En nationell datainsamling som kombinerar levnadsvanor och kroppsvikt med andra relevanta faktorer, liknande Folkhälsoinstitutets folkhälsoenkät för vuxna, bör utvecklas som ett komplement till de detaljerade kostundersökningar som Livsmedelsverket planerar att genomföra (se insats 44 under Livsmedelspolitik). Det bedöms att den nationella databasen över barns längd och vikt, som föreslås inrättas vid Socialstyrelsen och baseras på data från barn- och skolhälsovården, kommer att ta 5–10 år att etablera. Med tanke på att åtgärder i den kommande handlingsplanen bör sättas in tidigare är det viktigt att påbörja datainsamlingen från ett nationellt urval av barn upp till 18 år så snart som möjligt. En rullande uppföljning med longitudinella data av barn i specifika åldrar skulle bli ett viktigt verktyg för att följa upp den kommande handlingsplanen och för att förstå vilka bestämningsfaktorer är och hur de samspelar i utvecklingen av övervikt och fetma hos barn.

INSATS 13

En hälsokommunikationsstrategi för goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt riktad till allmänheten ska utvecklas. Strategin ska beskriva hur implementeringen ska genomföras på nationell, regional och lokal nivå. Hälsokommunikationen ska vara målgruppsanpassad och utnyttja verktyg och möjligheter som modern teknik ger. Strategin ska även omfatta utvärderingsmetodik.

Aktör: Statens folkhälsoinstitut i samarbete med Livsmedelsverket, hälsokommunikationsforskare samt representanter för kommuner och landsting

MOTIV

Samhället har ett ansvar för att tillhandahålla viktig och producentobunden hälsoinformation till befolkningen. Oavsett hur effektiv hälsoinformation är för att förbättra levnadsvanor finns ett demokratiskt krav – en rättighetsaspekt – att samhället ska förse och garantera alla medborgare tillgång till korrekt, saklig och för alla begriplig hälsoinformation. Detta understryker behovet att informationen måste vara målgruppsanpassad.

Begreppet ”hälsoinformation” inbegriper planerade hälsobudskap riktade till individen, grupper och befolkningen, i syfte att medvetandegöra och att öka kunskapen om hälsa och hälsans bestämningsfaktorer. Med ”hälsokommunikation” menar man kommunikationsprocesser som innehåller hälsobudskap och bygger på interaktivitet mellan deltagarna, t ex ett motiverade samtal (15).

Under hösten 2003 och våren 2004 genomförde FHI en kartläggning av dagens hälsoinformation som ges av statliga myndigheter, länsstyrelser och landsting samt ett urval av kommuner och frivilligorganisationer. Majoriteten av de tillfrågade kommunicerar hälsoinformation i olika former och med hjälp av ett flertal metoder och tekniker till allmänheten och delar av allmänheten. Samtidigt kan konstateras att ett antal målområden blir åsidosatta och att informationen är otillräcklig. Områden som lyftes fram som särskilt viktiga att informera om var matvanor, fysisk aktivitet och övervikt/fetma samt även förebyggande av psykisk ohälsa. Det saknas enligt många aktörer hälsoinformation riktad till ett antal viktiga målgrupper, främst barn och ungdomar samt föräldrar, men även till äldre, funktionshindrade och etniska minoriteter.

En kartläggning, som gjorts specifikt inom området mat, visade dessutom att tillgången till information från den offentliga sektorn om just mat för tillfället ligger på en låg nivå (15, bilaga 14). I stället dominerar information från olika privata aktörer. Livsmedelsindustrin väljer att fokusera på begrepp som ”matglädje” och ökad fysisk aktivitet. I tidningar förvirras läsarna av nya bantnings-trender. TVs matlagningsprogram har inte som mål att tillaga näringsriktig mat. Sammantaget blir budskapet förvirrande och behovet av producentobunden information från myndigheter är uppenbart och efterfrågas av både allmänhet och

vidareinformatörer (16). Det konstateras vidare att det i dag i stort sett inte finns någon hälsoinformation som särskilt riktar sig till socioekonomiskt svaga grupper.

När det gäller hälsoinformationsaktörer på regional och lokal nivå är en slutsats utifrån kartläggningen att det på flera håll finns kompetens inom hälsokommunikationsområdet på dessa nivåer, i form av t ex särskilda handläggare på folkhälsoenheter, samhällsmedicinska enheter eller liknande. Men denna kompetens anses, enligt dem själva, ändå inte alltid som tillräcklig.

Forskningen har visat att information och kunskapsspridning i sig har begränsad effekt när det gäller att påverka människors beteenden och levnadsvanor (17). Det är svårt att generellt säga hur effektiv hälsoinformation är som styrmedel, vilket betyder att forskningen kring hälsoinformation och hälsokommunikation måste förstärkas, men även att utvärderingsinstrument bör utvecklas och förbättras. Hälsoinformationsinsatser behöver dock kombineras med andra hälsofrämjande insatser om bestående beteendeförändringar ska uppnås.

Intresse- och patientorganisationer, som arbetar med ätstörningar, uttrycker ofta en rädsla för att hälsoinformationen blir ensidig med förenklade och moraliserande budskap, vilket enligt dem skulle kunna öka risken för ätstörningar bland känsliga individer. Behovet av att målgruppsanpassa informationen understryks liksom att informationen måste fokusera på livskvalitet och hälsa och inte på kroppsvikt och ohälsa (Nätverk för ätstörningar, personlig kommunikation). Det finns dock inget vetenskapligt belägg för att interventioner riktade till barn för att förebygga fetma har resulterat i en ökning av anorexiförekomsten (18).

De offentliga aktörerna bör utveckla en genomtänkt och framåtriktad kommunikationsstrategi som en motkraft mot den alltmer tilltagande kommersiella inriktningen på hälsoinformationen, som ytterligare minskar möjligheterna för individen att sälla i utbudet och värdera innehållet i informationen. Erfarenheterna och utvärderingen av Folkhälsoinstitutets satsning på fysisk aktivitet 2001, "Sätt Sverige i rörelse", visar att man med en genomtänkt kommunikationsstrategi kan nå målet att åstadkomma en allmän mobilisering för en folkhälsofråga och att bestående förändringar är möjliga åtminstone kunskaps- och attitydmässigt både bland allmänhet och beslutsfattare (19). Hälsoinformationsstrategin bör baseras på den senaste forskningen och utvecklingen inom området. En första uppgift för gruppen, som ska utveckla en hälsokommunikationsstrategi, blir därför att fastställa vilka budskap och målgrupper som ska prioriteras. Apotekens roll och potential som hälsoinformatörer bör beaktas i en sådan strategi. Förutsättningar för att utveckla och följa upp en hälsokommunikationsstrategi är att trender vad gäller fysisk aktivitet kan följas.

En angelägen målgrupp är fysiskt och psykiskt handikappade, samt invandrargrupper, som sällan nås av de vanliga kommunikationsvägarna, men där överviktsproblemen i vissa fall är avsevärda.

INSATS 14

Varje kommun bör anta en policy för utbud av mat i kommunala anläggningar.

Aktör: Kommunen

MOTIV

Verksamheter som finansieras med offentliga medel, alltså skattepengar, bör vara hälsofrämjande eller åtminstone inte bidra till en dålig hälsa. I offentliga lokaler, t ex idrottsanläggningar, simhallar och konsertlokaler, där en stor del av verksamheten bekostas av offentliga medel, bör därför miljön stödja det övergripande målet för samhällsinsatser avseende goda matvanor, nämligen att det ska vara enkelt att ha goda matvanor. Därför bör utbudet i serveringar, kiosker och varuställ på sådana platser underlätta och inbjuda till goda matvanor. Det innebär att den övervägande delen av utbudet bör utgöras av prisvärda och hälsosamma måltider, mellanmål och livsmedel. Upphandlingar av privata entreprenörer för offentliga miljöer bör därför innehålla kravspecifikationer som försäkrar att detta uppnås.

Referenser

1. FHI, SLV. Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut och Livsmedelsverket; 1999.
2. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. World Health Organ Tech Rep Ser 916.
3. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. *Am J Prev Med* 2002;22(4 Suppl):73-107.
4. Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. London: Health Development Agency, NHS; 2004 Feb. Evidence briefing 1st Edition.
5. Roe L, Hunt P, Brandshaw H, Rayner M. Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. England: Health Development Agency; 1997.
6. Hammerslag A. Kommunernas organisation för folkhälsofrågor år 2003. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:21.
7. Björn Olsson, red. Hälsokonsekvensbedömningar – från teori till praktik. Nordiska Hälsovårdshögskolan, Folkhälsoinstitutet och Världshälsoorganisationen. Folkhälsoinstitutet; 2001. R 2001:12.
8. SoS. Hälsa i miljökonsekvensbeskrivningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
9. TACD. Resolution on Food Advertising & Marketing to children. Trans Atlantic Consumer Dialogue (TACD); 2004 Jan. Doc No Food-23-04.
10. Närhinen M, et al. Sales data of a supermarket – a tool for monitoring nutrition interventions. *Publ Health Nut* 1998;1:101-7.
11. Donkin A, et al. Mapping access to food in a deprived area: the development of price and availability indices. *Publ Health Nut* 2000;3:31-8.
12. Maddock, J. The Relationship between Obesity and the Prevalence of Fast Food Restaurants: State-Level Analysis. *Am J Health Promotion* 2004;19:137-43.
13. Prentice AM, Jebb SA. Fast foods, energy density and obesity: a possible mechanistic link. *Obes Rev* 2003;4:187-94.
14. Jansson M. Du blir *var* du äter – studie om hur den socioekonomiska vardagsmiljön påverkar barns förhållningssätt till mat. Livsmedelsverket 2004. Rapport nr 19/2004.
15. Regeringsuppdrag om hälsoinformation och hälsokommunikation. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. www.fhi.se/templates/page1240.aspx
16. Callmer E. Utredning om hälsoinformation om mat i Sverige. Behov, kartläggning och visioner (arbetsmaterial). På uppdrag av Statens folkhälsoinstitut; 2004.
17. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. Health behaviour and health education. Theory, research and practice. 3 uppl, San Francisco: Jossey-Bass; 2002.

18. Förebyggande åtgärder mot fetma. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004. November 2004.
19. Strandell A, Tranquist J, Kallings L, Lamming P. Sätt Sverige i rörelse 2001. Redovisning och erfarenheter. Stockholm: Folkhälsoinstitutet. Rapport 2002:19.

Forskningspolitik

Målet med forskningspolitiken är att Sverige ska vara en ledande forskningsnation, där forskning bedrivs med hög vetenskaplig kvalitet. Den statliga organisationen för forskningsfinansiering ska bidra till en hållbar samhällsutveckling.

Många av de insatser som föreslås i detta underlag till handlingsplan, baseras på forskningsresultat eller vetenskapliga kunskapsöversikter. Dock kan konstateras att en hel del av denna dokumentation är till åren, är genomförd i miljöer och samhällsstrukturer som skiljer sig från svenska förhållanden eller fokuserad mot frågeställningar som inte alltid är så relevanta i Sverige. Vidare sker en ständig utveckling, perspektiven vidgas, nya aspekter tillkommer, relevansen av nya forskningsdata behöver ständigt bekräftas etc. För att kunna bedriva ett effektivt och evidensbaserat folkhälsoarbete behövs mer forskning inom detta område.

I huvudsak har den aktuella forskningen hållit sig inom de traditionella forskningsområdena och det har varit sällsynt med tvärvetenskapliga projekt som omfattar både matvanor och fysisk aktivitet.

INSATS 15

Ett konsortium bör tillsättas med representanter från olika forskningsråd med målsättning att initiera ett antal långsiktiga forskningsprojekt, huvudsakligen av interventionskaraktär om goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.

Aktör: Regeringen, olika forskningsråd och andra presumtiva finansiärer

Kostnad: 80 miljoner kronor avsätts under 7 år (2+15+15+15 +15+15+3)

MOTIV

Vid diskussionerna i samband med hearingar och inte minst vid möten inom vissa områden med de vetenskapliga referensgrupperna har behovet av forskningsinsatser ständigt påtalats. Dessa behov stämmer väl överens med forskningsområden som pekats ut som väsentliga av WHO och i handlingsplaner i andra länder. Inom det aktuella området har vissa behov särskilt nämnts:

- Långsiktig tvärvetenskaplig interventionsforskning inom olika sektorer i samhället när det gäller goda matvanor, ökad fysisk aktivitet och förebyggande av övervikt och fetma.
- Interventionsforskning på arbetsplatser avseende matvanor och fysisk aktivitet.

- Forskning om betydelsen av exempelvis friluftsliv, hushållsekonomi, matkostnader, stads- och trafikplanering samt marknadsföring för goda matvanor och fysisk aktivitet.
- Utveckling av metoder för befolkningsundersökningar av fysisk aktivitet, matvanor, kroppsvikt, kroppsfett och olika biologiska markörer. Metoderna ska kunna användas för att studera män, kvinnor, barn, vuxna, äldre, olika etniska grupper och olika socioekonomiska grupper.
- Utveckling och testning av metoder för utvärdering av kostnadseffektivitet av interventioner för goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.
- Forskning om samhällskostnader för ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och följder av dessa såsom exempelvis övervikt och fetma.

Det råder en stor brist på teoribaserad interventionsforskning på samhällsnivå inom området matvanor, fysisk aktivitet och övervikt både i Sverige och internationellt. I flertalet systematiska kunskapsöversikter i ämnet nämns behovet av att förbättra både studiedesign, implementering och utvärderingsmetodik. De flesta kunskapsöversikter inom området är baserade på amerikanska studier. Interventionsstudier där det ingår miljöinsatser är ofta bundna till ett visst geografiskt och sociokulturellt sammanhang som inte på ett enkelt och otvetydigt sätt går att överföra till exempelvis svenska förhållanden. I kartläggningen av svensk folkhälsoforskning konstateras att under en treårsperiod har det i Sverige utförts endast fem interventionsstudier rörande matvanor och fysisk aktivitet, som har publicerats vetenskapligt (1). Den samlade interventionsforskningen inom hela folkhälsoområdet utgjorde totalt 3 procent av alla publicerade folkhälsovetenskapliga artiklar under perioden. Det är därför ingen överdrift att påstå att det råder en skriande brist på interventionsforskning.

I kartläggningen konstateras vidare att utvärderingar av strukturella insatser och processer för hälsofrämjande arbete i kommuner och landsting saknas helt (1). Resultaten av dessa insatser förblir därför okända för folkhälsoforskningen och kan inte rekommenderas på vetenskaplig grund. Kommuner och landsting bör därför få vetenskapligt stöd i att med lämplig vetenskaplig metodik utveckla, planera, implementera och utvärdera åtgärder som har effekt på folkhälsan. Resultaten bör publiceras internationellt eftersom det finns en stor efterfrågan på strukturella åtgärder med effekt på folkhälsan. Speciellt forskningen kring policy och olika omgivningsfaktorerers betydelse för hälsan bör intensifieras.

Medan samhällskostnaderna för alkohol och tobak är ganska välstuderade finns i dag ingen samlad analys av de totala kostnaderna för ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och fetma. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2), genomförde 2002 en systematisk litteraturoversikt av bl a kostnader för fetma och fetmarelaterade sjukdomar. Ingen studie hade genomförts för Sverige. SBU pekar på att det vetenskapliga underlaget för bedömning av de indirekta kostnaderna för fetma är begränsat. Bättre kunskap om direkta och

indirekta kostnader för ohälsosamma matvanor, fysisk inaktivitet och fetma är också en förutsättning för att bedöma kostnadseffektivitet av olika åtgärder.

En förutsättning för att kunna studera effekter av interventioner för bra matvanor, ökad fysisk aktivitet och fetmaprevention samt för att få bättre kunskap om etiologin till fetma, är att valida metoder finns som kan mäta matvanor, näringsintag, fysisk aktivitet, kroppsvikt och kroppsfett. Metoder måste finnas som fungerar på olika typer av befolkningsgrupper som t ex barn, äldre och invandrare. Tillgänglighet till nya tekniker de senaste åren ger goda förutsättningar för att kunna utveckla sådana metoder.

Det är en ständig konkurrens mellan olika forskargrupper om de relativt begränsade statliga medlen för forskning. I detta sammanhang har projekt med fokus på tillämpad nutrition och fysisk aktivitet haft svårt att hävda sig i prioriteringarna, ofta på grund av att forskningsrådets prioriteringskommittéer gett låga poäng för relevansaspekterna (från inomvetenskapliga utgångspunkter). Det har vidare varit så gott som omöjligt att få medel för längre perioder. Interventionsstudier tar tid, mer än de 3–4 år man vanligen finansierar traditionella projekt med utgångspunkt för doktorandfinansieringen.

Från många håll påpekas behoven av sant tvärvetenskapliga projekt. Speciellt problematiskt blir planering och finansiering när olika discipliner (forskningsråd) är inblandade. Kvaliteten kan vara god men relevansen bedöms inte alltid så angelägen, varför rent tvärvetenskapliga projekt får stå tillbaka för (enligt forskningsrådets bedömningskommittéer) mera angelägna projekt. Arbetsformer liknande dem med vilka man tar fram projekt inom EUs ramprogram kan vara en lösning.

Medlen för det första årets verksamhet bör användas till en bred planeringsfas som inkluderar berörda eller presumtiva finansiärer; forskare från olika naturvetenskapliga, samhällsvetenskapliga och beteendevetenskapliga discipliner samt intresserade kommuner och landsting, speciellt berörda myndigheter, t ex Arbetslivsinstitutet, Socialstyrelsen, Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut. Medel bör bli kunna användas för sk planeringsanslag. Det behövs således en grundlig planeringsomgång för att utröna behov, kompetens och möjligheter. I en sådan planering bör även beaktas hur Sverige kan verka för att stärka denna typ av forskning inom EU-finansierade projekt.

Se vidare bilaga 3.

Referenser

1. FHI. Kartläggning av svensk folkhälsoforskning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut: 2004. R2004:5.
2. SBU. Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2002. Rapport nr 160.

Hälso- och sjukvårdspolitik

Det övergripande målet för politikområdet är att vårdens kvalitet och tillgänglighet ska förbättras. Både hälso- och sjukvården och tandvården har ett lagreglerat förebyggande ansvar (hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 och tandvårdslagen 1985:125). Även för skolhälsovården gäller att främst arbeta förebyggande (skollagen 1985:1100). Hälso- och sjukvården har också en viktig roll i den nationella folkhälsopolitiken i form av målområde 6 – En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård (1).

Regeringens bedömning är att hälso- och sjukvården har en stor betydelse för den långsiktiga hälsoutvecklingen genom sin specifika kompetens, sin auktoritet, breda kunskap och stora kontaktyta gentemot befolkningen. Genom detta målområde lades fast att ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande perspektiv ska genomsyra hela hälso- och sjukvården och vara en självklar del i all vård och behandling. För att hälso- och sjukvården ska kunna arbeta mer hälsofrämjande krävs dock ett ökat samarbete med andra aktörer i samhället och att hela verksamheter styrs utifrån ett hälsoperspektiv. Även i WHO:s globala strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa tar man upp betydelsen av hälso- och sjukvården, speciellt primärvården, som anses ha en viktig roll att främja goda matvanor och ökad fysisk aktivitet (2).

Inte bara primärvården utan även den specialiserade vården har en viktig roll att fylla i folkhälsoarbetet kring mat och fysisk aktivitet, t ex genom att stödja individer till förändring av levnadsvanor, exempelvis avseende mat- eller motionsvanor, men också att bidra till lösningar på problem av psykosocial karaktär. Med förebyggande program menas i det följande åtgärder som syftar till att förhindra uppkomst av sjukdomar och skador i befolkningen.

Det är viktigt att det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet utförs på ett systematiskt och strategiskt sätt med flera samordnade insatser tillsammans med andra aktörer, och att insatserna bygger på metoder som baseras på vetenskapligt baserad kunskap med dokumentation, uppföljning och utvärdering som självklara inslag.

INSATS 16

Avtal eller uppdragsbeskrivningar bör innehålla beställningar på hälso-relaterade mått och hälsoeffekter i redovisningarna från de olika vård-enheterna. Dessutom bör vårdenheter inklusive tandvården ges i uppdrag att i högre utsträckning utveckla och genomföra hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, särskilt avseende matvanor och fysisk aktivitet.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen

MOTIV

En helhetssyn och hälsoorientering är en grundförutsättning för en mer hälso-främjande hälso- och sjukvård och kan bidra till att få en effektivare sjukvårds-produktion (3). En mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård har som övergripande mål en bättre hälsa i befolkningen. En sådan syn på hälso- och sjukvårdens uppdrag innebär att det både är viktigt att sjukdomen är adekvat behandlad och att individens upplevda hälsa förbättras. Utvecklingen av olika styr- och ersättnings-system som möjliggör för de olika vårdenheter att arbeta mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande är här en grundförutsättning. Det är viktigt att det utgår signaler från beställarnivåerna eller motsvarande att de olika verksamheter inom hälso- och sjukvården fokuserar på hälsovinster och inte enbart på sjukvårdsproduktion.

Det behövs ett utvecklingsarbete för att få fram fler hälsorelaterade mått och metoder för att mäta individers hälso- och livskvalitet såsom hälsovinstmätningar. Med hjälp av olika frågeformulär och standardiserade instrument kan till exempel den självuppskattade hälsan hos individen mätas. Idag pågår ett utvecklingsarbete kring dessa frågor bland annat inom ramen för nätverket hälsofrämjande sjukhus.

Ett annat sätt att tydliggöra landstingens hälsoorientering och arbeta med ett helhetsperspektiv är att i uppföljningen av verksamheten redovisa hälsoutfall och utforma såsom hälsobokslut på befolkningsnivå. Syftet med hälsobokslut är att tydliggöra ledning, styrning och uppföljning av hur resurser och insatser inom hälso- och sjukvården bidrar till en positiv hälsoutveckling. För närvarande pågår ett utvecklingsarbete kring hälsobokslut i sex landsting tillsammans med Landstingsförbundet.

För att få till stånd omorientering av hälso- och sjukvården mot hälso-främjande och sjukdomsförebyggande verksamhet är det viktigt att beställningar, avtal mm utgår från ett hälsoperspektiv. Detta ger förutsättningar för att arbeta förebyggande och då särskilt med insatser avseende mat och fysisk aktivitet. Därutöver bör även från beställarnivåer eller motsvarande uppdras åt de olika verksamheterna att i högre utsträckning utveckla och genomföra systematiska hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, inklusive användningen av olika typer av samtalsmetodik, till exempel det motiverande samtalet. Detta innebär i sin tur att landstingen satsar mer resurser på vidareutbildning/fortbildning i före-

byggande arbetssätt. Sjukvårdshuvudmännen bör även göra en översyn av antalet dietisttjänster som har fokusering på förebyggande arbete och hur dessa tjänster bör placeras i de olika hälso- och sjukvårdsverksamheterna så att dietistkompetens finns knuten framför allt till mödrahälsovården (MHV), barnhälsovården (BHV) och primärvården.

INSATS 17

I all upphandling av måltidsverksamhet för patienter, personal och besökare på restauranger, kafeterior, automater och kiosker och motsvarande bör ställas krav på att hälsosamma mellanmål och nyckelhålmärkta måltider ska överväga i det totala utbudet.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen

MOTIV

Införandet av beställar- och producentorganisationer, bolagiserande av sjukhus och vård utlagd på entreprenad har inneburit genomgripande förändringar för landstingets måltidsverksamhet. Upphandlingen av vårdtillfällen gör att patientmaten inte preciseras. Följaktligen identifierar inte beställarorganisationerna mål, kravspecifikationer eller uppföljningssystem för måltidsverksamheten. Att kost- och näringskompetens finns på alla nivåer bland de anställda inom måltidsrelaterad verksamhet är av avgörande betydelse för att säkerställa en tillfredsställande kvalitet på måltidsverksamheten.

Vid upphandling av måltidsservice bör kostsakkunnig medverka. I uppgifterna bör ingå att medverka vid formulering av kravspecifikationer och vid bedömning av anbud samt ansvara för kvalitetsuppföljning. Kravspecifikationer för patientmat finns framtagna inom många av de stora regionsjukhusen (4). Kravspecifikationerna som rör näringsinnehållet i patientmåltiderna utgår från ESS-gruppens (Expertgruppen för samordning av sjukhuskost) riktlinjer (5). Det är nödvändigt att alla nivåer inom organisationerna (inom vård och omsorg) känner till dessa riktlinjer.

I sjukhusmiljön finns vanligen serveringar, kiosker, varuvagnar och automater som erbjuder enklare rätter, mellanmål och drycker. Utbudet av maträtter och livsmedel skulle kunna utgöra ett tillfälle att visa patienter, besökare och anhöriga vad som menas med hälsofrämjande levnadsvanor vad gäller maten. I så fall skulle färsk frukt, magra mjölkprodukter, fullkornsbröd och olika rätter tillagade från nyckelhålmärkta livsmedel vara prisvärda och lättillgängliga medan glass, godis, söta drycker och bakverk erbjudas endast i ringa omfattning. Många av kafeterierna i landstingsdrivna sjukhus har avtal med förvaltningsavdelningen. För det mesta upphandlas inte kafeteriaverksamheten, vilket innebär att inga måltidsrelaterade krav ställs på verksamheten, dock kan ett visst utbud av mat krävas i avtalet. I de fall då kafeteriamaten upphandlas finns

kravspecifikationer för verksamheten, dock ingår inga formuleringar om näringsaspekter (4). Hälso- och sjukvårdens tillämpningar i praktiken när det gäller mat bör i bästa fall vara en avspeglning av dess ställningstagande i övrigt i hälsofrågor. Det borde därför vara en självklarhet att krav ska kunna ställas även på dessa matställen. För att åstadkomma detta bör all kafeteriaverksamhet på sjukhusen utsättas för regelrätt upphandling.

INSATS 18

Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas inom mödra- och barnhälsovården, som en del av det hälsofrämjande arbetet, och omfatta samtliga gravida och föräldrar i syfte att stödja hälsosamma levnadsvanor, särskilt avseende matvanor och fysisk aktivitet. Specifik hälsokommunikation kan utgöra en del av ett föräldrastödsprogram i mödra- och barnhälsovårdens regi.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen, MHV och BHV i samarbete med skolhälsovården m fl

MOTIV

Det finns en lång svensk tradition av förebyggande arbete inom framför allt mödrahälsovård (MHV), barnhälsovård (BHV), skolhälsovård och tandhälsovård. Det är också inom dessa verksamheter som bedömningen har gjorts att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser bör prioriteras och nå breda befolkningsgrupper för att få till stånd goda matvanor och ökad fysisk aktivitet, inte minst bland barn och ungdomar. Det svenska förebyggande arbetet med mödra- och barnhälsovård är en viktig orsak till den låga mödra- och barnadödligheten i Sverige under senare delen av 1900-talet (6). Interventionsstudier för bättre matvanor bland förskolebarn i åldrarna 1–5 år har visat att t ex rådgivning till mödrar förbättrar familjens matvanor (7). Detta arbete måste dock vidareutvecklas och förutsättningar måste ges, inte minst resursmässigt, för att kunna fortsätta att utveckla nuvarande hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetssätt.

Det är också viktigt att samarbete sker med övriga aktörer i lokalsamhället som möter barnen, t ex förskolan, skolhälsovården, vårdcentraler, ungdomsmottagningar m fl. I de fall man inom dessa verksamheter även fångar upp riskindivider eller barn med över- eller undervikt, bör det finnas rutiner för hur dessa barn ska kunna slussas vidare till annan lämplig instans inom hälso- och sjukvården. Även personer utan medicinska komplikationer bör erbjudas hjälp med kostbehandling mot övervikt/fetma.

Föräldrar har ett självklart ansvar för sina barns levnadsvanor och har därför möjlighet att styra deras matvanor och fysiska aktivitet så att barnen därigenom tillägnar sig beteenden som gynnar deras hälsa, både avseende övervikt och

undervikt. Tillgängligheten till mat i hemmet och socialt stöd tillhör de viktigaste bestämningsfaktorerna för barns matvanor (8). Föräldrars stöd när det gäller barns fysiska aktivitet är betydelsefullt framför allt genom att stärka barns tillit till sin egen förmåga och därmed deras självförtroende (9,10). Detta stöd kan vara både direkt och indirekt, t ex genom att föräldrarna verkar som förebilder och att föräldrarna ger förutsättningar för att barnen kan delta i olika aktiviteter.

Trots att övervikt t ex bland unga flickor är ungefär tio gånger vanligare än anorexi (11) är det viktigt att även uppmärksamma underviktiga barn. När det gäller att förebygga ätstörningar har BHV och skolhälsovården en viktig roll att fylla i att främja den psykiska hälsan, t ex genom olika pedagogiska insatser för att stärka samspelet mellan föräldrar och barn. Forskning visar att främjande av psykisk hälsa under spädbarnstiden minskar risken för andra former av ohälsa under resten av livet (12). Flera av riskfaktorerna för anorexi och bulimi är dessutom samma som för annan psykisk ohälsa (13).

En stark anknytning mellan föräldrar och barn stärker barnets självtillit (self efficacy). Barnets självtillit är i sin tur en viktig bestämningsfaktor för både goda matvanor och fysisk aktivitet (14). I den rapport om föräldrastöd, som Statens folkhälsoinstitut presenterade i januari 2005, redovisas 51 kontrollerade försök som genomförts under spädbarnstiden där avsikten var att förbättra samspelet mellan vårdgivare och barn. Försöken visar på betydliga effekter, även vid relativt små insatser (15). Två metoder som bygger på denna forskning, Vägledande samspel och Från första början, håller på att införas i barnhälsovårdens reguljära föräldragrupper.

Ett nödvändigt steg är att vårdpersonalen och föräldrarna är välinformerade om den senaste kunskapen vad gäller betydelsen av goda matvanor och fysisk aktivitet för barns hälsa inklusive att informera föräldrarna om aktuella kostråd för barn.

Ett ytterligare led i att utveckla det hälsofrämjande arbetssättet inom mödra- och barnhälsovården är t ex att utveckla metoder för hälsokommunikation för samtliga gravida och föräldrar. Hälsokommunikation både i form av enskilda samtal eller gruppsamtal bör utgöra en del av det samlade hälsofrämjande arbetet inom mödra- och barnhälsovården. Redan i dag utförs hälsosamtal inom mödra- och barnhälsovården, men en vidareutveckling bör ske i syfte att stödja individen i en rad livsstilsfrågor. Hälsosamtalen bör således inte enbart bestå av enkel rådgivning och information, utan snarare bygga på t ex motiverande samtalsmetodik som är individcentrerad. Poängteras bör att sådana insatser dels kräver utbildad/fortbildad vårdpersonal, som i sin tur bygger på att metodiken både vidareutvecklas och evidensbaseras, dels att landstingen satsar resurser på metodutveckling och personalanpassade utbildnings-/fortbildningspaket.

För att kunna följa barns och ungdomars vikt- och längdutveckling över tiden är det angeläget att systematiskt samla in, sammanställa, bearbeta och publicera denna typ av uppgifter på nationell nivå, helst från hela befolkningen men i varje fall från ett antal representativa områden. För närvarande sker en sådan verksamhet på BHV-nivå i bl a Örebro och Västernorrlands landsting. Det är viktigt att

med utgångspunkt från vunna erfarenheter utveckla ett system för en samordnad nationell registrering och sammanställning. Den tekniska lösning, som testas i utvecklingen av ett nationellt informationssystem för vaccinationer, kan användas även för att behandla uppgifter om längd och vikt inom barn- och skolhälsovård (se insats 11 under Folkhälsopolitik).

INSATS 19

Skolhälsovården bör främja hälsosamma levnadsvanor bland barn och föräldrar. Hälsokommunikationen bör vidareutvecklas som en del av det hälsofrämjande arbetet med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Elevernas längd och vikt bör rutinmässigt mätas och dokumenteras.

Aktör: Kommunen/skolhälsovården i samarbete med BHV, ungdomsmottagningar m fl

MOTIV

Ett sätt att arbeta med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder på lokal nivå är att nå barn och föräldrar i de miljöer där de vistas regelbundet, t ex i förskolan och skolan. Sådana insatser måste dock ske i samverkan med flera lokala aktörer, t ex kommunen/skolhälsovården i samarbete med BHV, ungdomsmottagningar, vårdcentraler, organisationer etc. För att få till stånd ett sådant gemensamt lokalt arbete kan ett sätt vara att utarbeta lokala handlingsplaner där samtliga berörda aktörer kan planera relevanta åtgärder inom respektive verksamhet. Forskning har dessutom visat att det är möjligt att förebygga fetma hos barn och ungdomar genom begränsade skolbaserade program där man informerar och stimulerar till bättre matvanor i förening med insatser i skolmiljön (16–18).

Skolhälsovårdens uppdrag, som definieras i skollagen, är att bevara och förbättra elevernas psykiska och kroppsliga hälsa och att verka för sunda levnadsvanor. Socialstyrelsen har nyligen utarbetat riktlinjer för skolhälsovården (19) i syfte att ange en ny inriktning för arbetet. I riktlinjerna står att det är angeläget att skolhälsovården aktivt medverkar i det hälsopedagogiska arbetet i skolan genom att följa kunskapsutvecklingen på området och använda ny evidensbaserad metodik. Idag saknas t ex vetenskaplig dokumentation för merparten av skolhälsovårdens insatser. Skolhälsovården skulle kunna verka för sunda levnadsvanor, exempelvis vid individuella kontakter, gruppverksamhet eller generella insatser. Socialstyrelsen anser vidare att även om värdet av de återkommande kroppsliga hälsoundersökningarna inte är vetenskapligt dokumenterade, finns det ändå anledning att behålla ett generellt hälsovårdsprogram. Större vikt bör dock läggas vid elevens psykiska välbefinnande och att kartlägga hinder för elevens utveckling, t ex riskfyllda levnadsvanor. Samtidigt bör ett samarbete med BHV eftersträvas i övergången till skolan.

I Svenska Skolläkarföreningens och Riksföreningen för Skolsköterskors State of the art-dokument (20) föreslås att ordet "hälsokontroll" ska bytas till "hälso-besök" för att därmed markera en förskjutning från ett kontrollerande, till ett hälsofrämjande arbetssätt. Hälsoövervakningen bör, säger man, ske i nära samspel med elev och föräldrar. Man anser också att det är viktigt att lära eleverna och föräldrarna att själva uppmärksamma hälsoproblem och sjukdomstecken.

En viktig del av en handlingsplan skulle vidare kunna vara att använda olika hälsokommunikativa metoder, exempelvis utifrån metodiken kring motiverande samtalsteknik (21). Här är det möjligt att ha dialoger och hälsosamtal, enskilt och/eller i grupp, med samtliga elever och deras föräldrar i syfte att stödja och påverka dessa att förbättra matvanorna och öka den fysiska aktiviteten. I de fall särskilda riskgrupper och individer identifieras, exempelvis barn och ungdomar med övervikt eller undervikt, bör rutiner finnas för hur dessa elever kan remitteras vidare i vårdkedjan. Genomförda åtgärder bör vidare dokumenteras i journaler eller motsvarande så att kontinuerlig uppföljning och utvärdering blir möjlig. Poängteras bör att denna typ av utvecklade hälsosamtal kräver utbildad/fortbildad personal inom skolhälsovården. Detta i sin tur bygger på att metodiken både vidareutvecklas och evidensbaseras, liksom att landstingen satsar resurser på metodutveckling och olika utbildningspaket samt att det sker en uppdatering av kunskaperna om mat, hälsa och fysisk aktivitet.

För att kunna följa barns och ungdomars vikt- och längdutveckling över tiden och tidigt avslöja effekten av förändrade livsstilar är det angeläget med systematisk insamling, sammanställning, bearbetning och publicering av dessa uppgifter på nationell nivå, helst från hela befolkningen men i varje fall från ett antal representativa områden (se insats 11 under Folkhälsopolitik). För närvarande samlas denna typ av uppgifter redan in i vissa kommuner och regioner, exempelvis i Östergötlands län där man har gjort omfattande registreringar av skolbarns vikt och längdutveckling (22). Förskola, grundskola och gymnasium är de instanser där längd- och vikt redan registreras, men i de flesta fall stannar denna typ av uppgifter i respektive elevs handlingar. Ett praktiskt problem är också att skolhälsovårdens journaler endast i mycket begränsad omfattning är datoriserade.

INSATS 20

Förebyggande program för livsstilsrelaterade sjukdomar bör vidareutvecklas och genomföras, bl a för personer med övervikt och andra personer med ökad risk för sjukdomar kopplade till matvanor och fysisk inaktivitet.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen/primärvård och specialiserad vård

MOTIV

Det förebyggande arbetet i form av olika preventionsprogram m m inom hälso- och sjukvården har utvecklats under de senaste årtiondena. I en rapport från den internationella föreningen för hälsofrämjande arbete (IUPHE) konstaterades att hälso- och sjukvården ensamt inte kan åstadkomma större livsstilsförändringar utan är beroende av samordnade aktiviteter med flera aktörer i samhället. Det finns också omfattande stöd för goda effekter från interventioner i form av kortfattad rådgivning från en läkare, exempelvis inom tobak- och alkoholområdena (23). Dessutom finns starkt stöd i den vetenskapliga litteraturen för att individinriktade förebyggande insatser utan läkemedel ger goda resultat inom områdena tobak, matvanor, fysisk aktivitet och alkohol (24–25).

Förebyggande program bör i så hög utsträckning som möjligt bestå av icke-medikamentella metoder, bl a eftersom förebyggande behandling med läkemedel inte har kunnat påvisa någon hög primärpreventiv effekt på hjärt-kärlhälsan (16). För att uppnå sådana effekter krävs i stället omfattande livsstilsförändringar, framför allt avseende tobak, mat och fysisk aktivitet samt viktminskning (26). En mycket viktig del i ett förebyggande program är även att alla åtgärder och resultat kontinuerligt dokumenteras skriftligt, exempelvis i patientjournaler. Detta möjliggör uppföljning och därefter även en samlad utvärdering av programmet.

När det gäller de vetenskapliga bevisen för olika interventioner inom området fysisk aktivitet har bl a konstaterats i engelska studier att muntlig och skriftlig information och rådgivning från hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården kan ge korttidseffekter. För att uppnå långtidseffekter krävdes dock ytterligare interventioner, exempelvis hänvisning till specialister och subventionering av fysisk aktivitet (27). U.S.Preventive Services Task Force's slutsats är att det finns otillräckliga bevis för att rekommendera beteendeariell kort rådgivning avseende kost för oselektade patienter inom primärvården (28). Däremot rekommenderades en mer intensiv rådgivning (dvs flera sessioner längre än 30 minuter vardera) när det gäller matvanor hos vuxna individer med kända riskfaktorer för kardiovaskulära och andra kostrelaterade kroniska sjukdomar. De interventioner som bedömdes som mer effektiva kombinerar information om mat tillsammans med beteendeariell rådgivning. Även när det gäller fysisk aktivitet visade sig interventioner som bygger på teorier för beteendeförändring, och som lär ut färdigheter och är skraddarsydda för individen, vara effektiva för att öka fysisk aktivitet på lång sikt (27).

Dietisterna är den yrkesgrupp inom vården som har specialistkompetens inom områdena nutrition, kost och hälsa. Dessa personer kan ge råd om matvanor till enskilda och/eller grupper samt utgöra ett stöd till vårdpersonalen för fakta-innehållet i exempelvis utvecklade hälsosamtal. Dietisterna kan dessutom vara resurspersoner i olika fortbildningsprogram inom vården.

Ett förebyggande program som genomförs inom hälso- och sjukvården bör för det första innebära att så tidigt som möjligt fånga upp och identifiera olika riskgrupper i befolkningen. I programmet bör därför ingå identifiering av exempelvis riskgrupper med övervikt (BMI 25–30) och/eller ohälsosamma levnadsvanor. Även om mer forskning och utvecklingsarbete krävs, tros screening av risk-beteenden bli en del av det sjukdomsförebyggande arbetet i USA framöver (29). I Sverige används redan olika former av standardiserade frågeformulär på olika håll inom hälso- och sjukvården för att på så sätt identifiera riskindivider.

För att förebyggande program ska lyckas är det viktigt att de är väl förankrade och har fortlöpande stöd i den egna organisationen, i beslutsstrukturer och i lokalsamhället. Samverkan mellan lokalsamhällets aktörer och hälso- och sjukvården är således viktigt. Engelska forskningsstudier visade att hälso- och sjukvårdsbaserade interventioner i sig sannolikt har mindre effekt än man tidigare trott och att det därför behövs interventioner på flera nivåer samtidigt och som inkluderar intrapersonella, interpersonella och miljöfaktorer för att åstadkomma och upprätthålla beteendeförändringar (27).

Som en del av ett förebyggande program bör även kunna ingå metoder för hälsokommunikation. Denna kommunikation mellan vårdpersonal och individen syftar inte enbart till att informera för att öka kunskapen och medvetenheten, utan dessutom att ändra en vana eller ett beteende. Kommunikationen kan variera beroende på vilken metodik och vilka teorier som använts, ofta beteendevetenskapliga, sociologiska och psykologiska grunder. En metodik, som används vid livsstilsförändringar, kallas för det motiverande samtalet (21) och används idag bl a inom områden som alkohol, tobak och fysisk aktivitet (30–31). Den motiverande samtalsmetodiken kan användas både i enskilda samtal och i gruppssamtal.

INSATS 21

Utbildning/fortbildning i motiverande samtalsmetodik för förändringar av levnadsvanor i allmänhet och matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet bör genomföras för vårdpersonal inom mödra- och barnhälsovård, tandvård, primärvård, specialiserad vård och skolhälsovård. Ett utbildnings/fortbildningspaket bör utvecklas och spridas i samarbete med universitet/högskolor, berörda yrkesorganisationer m fl.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen/landstingen i samarbete med universitet och högskolor, berörda yrkesorganisationer m fl

INSATS 22

Berörda statliga myndigheter bör aktivt medverka i utvecklingen och spridningen av evidensbaserade metoder för hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program, inklusive motiverande samtalsmetodik med fokus på matvanor och fysisk aktivitet.

Aktör: Statens folkhälsoinstitut, Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting, universitet och högskolor, berörda yrkesorganisationer m fl

MOTIV

I Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsrapport (32) framgår att utbildning är en viktig åtgärd för att personalen ska bli förtrogen med de metoder som finns för förebyggande arbete. Detta innebär dock i sin tur att hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande metoder och arbetssätt blir väl förankrade inom hela hälso- och sjukvården. Samtidigt finns det idag ett behov att finna nya eller vidareutvecklade arbetssätt för detta. För att så ska kunna ske krävs vidareutbildning/fortbildning generellt avseende hälsofrämjande och förebyggande metoder för all vårdpersonal inom verksamhet som primärvård, specialiserad vård, mödra- och barnhälsovård, skolhälsovård och tandvård. Exempel på resurspersoner för specifika kunskaper om just mat och matvanor är dietisterna.

Mer specifikt är utbildning och fortbildning avseende samtalsmetodik inom hälso- och sjukvården av stor vikt. Det motiverande samtalet är ett exempel på en sådan metodik som för närvarande används inom olika områden som t ex tobak, alkohol och fysisk aktivitet (30–31, 33). Det motiverande samtalet syftar till att öka individens motivation till beteendeförändring, dvs att ge en god grund för att göra egna val och samtidigt vara det stöd och den hjälp som individen behöver för att kunna genomföra önskade förändringar i sin nuvarande situation eller vid potentiella framtida problem. Metoden är speciellt användbar för människor som inte är redo för, eller känner tvekan inför förändring. Här betonas valfrihet och ansvar från deltagarens sida att själv välja framtida vanor och livsstil, och ett aktivt deltagande ses som nödvändigt för att lyckas. Principerna är desamma

oavsett om samtalet är av kort eller längre karaktär liksom om de sker enskilt eller i grupp.

I dag finns evidens för att olika former av kort rådgivning och motiverande samtalsmetodik för prevention av alkoholberoende fungerar och ger effekt (34, 35). Även när det gäller fysisk aktivitet har det visat sig räcka med ett kort samtal på cirka fem minuter för att det åtminstone ska ge en kortvarig effekt (27). På tobaksområdet finns dessutom vetenskapliga bevis för att kortrådgivning ger resultat i form av fler personer som slutar röka. I SBU:s rapport om metoder för rökavvänjning konstaterades att råd och hjälp till rökare att sluta röka är en del av den sjukvårdande behandlingen och att effekten av läkares råd till patienter att sluta röka är god. Inom sjukvården ges hjälpen oftast vid det individuella mötet med patienten, medan man inom privat verksamhet eller företagshälsovård ofta arbetar med rökavvänjning i grupp. Resultaten mellan individuell och grupp-anpassad rökavvänjning föreföll lika enligt SBU (36).

Kunskapen om hur man samtalar och motiverar individen är ett viktigt utvecklingsområde. Denna kunskap borde i framtiden finnas inom alla vårdutbildningar, men dessförinnan vara en naturlig del i fortbildningen av befintlig vårdpersonal. En god kunskap om samtalsmetodik underlättar även för vårdpersonalen att ta upp livsstilsfrågor generellt och kan eventuellt vara bra även för att förbättra följsamheten vid t ex läkemedelsförskrivning. På så sätt kan det motiverande samtalet i högre utsträckning utgöra ett av flera andra verktyg för vårdpersonalen i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

Det bör även vara möjligt att utarbeta en generell metodik för motiverande samtal, samtidigt som metodiken kan specialanpassas till respektive levnadsvanområde så att alla levnadsvanor täcks in. Utformningen av olika utbildningspaket bör vidare anpassas till skilda kategorier av vårdpersonal liksom olika arenors och yrkesgruppers förutsättningar. I metodiken ingår även att den anpassas till olika målgrupper, som t ex äldre, psykiskt och fysiskt funktionshindrade och etniska grupper m fl.

En grundförutsättning för att personalen i framtiden ska kunna använda sig av metodiken är dock att den vidareutvecklas, utvärderas kontinuerligt samt att den vetenskapligt fortsätter att prövas. Här har både statliga myndigheter som Statens folkhälsoinstitut och Socialstyrelsen samt andra nationella aktörer och yrkesorganisationer en viktig roll att fylla, liksom universitet och högskolor i samarbete med t ex samhällsmedicinska enheter, FoU-enheter osv inom landstingen. Även den generella metodutvecklingen kring hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande program i allmänhet och program avseende matvanor och fysisk aktivitet i synnerhet bör prioriteras på både nationell och regional nivå.

INSATS 23

System bör utvecklas för tillämpning, uppföljning och utvärdering av fysisk aktivitet på recept (FaR) som en del av det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet inom hälso- och sjukvården.

Aktör: Samrådsgruppen för FaR

Kostnad: 1 miljon kronor

MOTIV

Statens folkhälsoinstitut har i samverkan med Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (YFA) tagit fram FYSS (37) som innehåller rekommendationer för fysisk aktivitet kopplat till ett stort antal vanliga sjukdomstillstånd. FYSS är tänkt både som en allmän kunskapsbank med den senaste forskningen inom ämnesområdet, men också som ett stöd för vårdpersonal för att på ett bättre sätt än tidigare kunna förskriva fysisk aktivitet på recept (FaR).

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett konkret exempel på en ny arbetsmodell för hur hälso- och sjukvården kan främja fysisk aktivitet och samtidigt har det lett till att hälso- och sjukvårdspersonal i praktiken kunnat delta i det hälsofrämjande arbetet. FaR innefattar en helhetslösning som bygger på en fungerande vårdkedja från förskrivare till aktivitetsledare. Patientens ordination utgår från de råd och anvisningar som finns i FYSS. En viktig beståndsdel i FaR är hur man samtalar med individen för att höja dennes motivation att följa ordinationen. Från förskrivarnas perspektiv är därför kunskapen om hur man samtalar och motiverar patienten ett viktigt utvecklingsområde.

FaR innebär en för individen anpassad ordination och används till såväl friska som sjuka för att förebygga och behandla vissa sjukdomstillstånd. Den person som erhåller FaR kan få ett recept/en remiss till aktiviteter som görs i egen regi men också som en hänvisning till någon friskvårdsaktör. Idag finns dock ännu ingen systematisk kunskap om effekterna av fysisk aktivitet på recept (27), vilket gör det viktigt att fortsättningsvis följa upp och utvärdera användningen och resultaten av FaR samt även kvaliteten i de olika insatserna.

Det finns idag ett stort intresse för FaR runt om i landet. Så gott som samtliga landsting har någon representant i FHIs FaR-nätverk. Det är emellertid stor skillnad i hur väl integrerat FaR är i olika regioner och landsting (38). På den lokala nivån har primärvården en viktig funktion. För att lyckas i det lokala arbetet med FaR finns det dock flera områden som behöver utvecklas, exempelvis ett bättre lokalt utbud av aktiviteter och fler lokala aktörer och organisationer som kan ta emot patienter.

På den nationella nivån sker samverkan om FaR i den s k samrådsgruppen. Gruppen består av ledamöter från Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Svenska Läkaresällskapet,

Svensk Företagshälsovård, Familjemedicinska institutet (Fammi) och Svenska Riksidrottsförbundet. Den nationella nivån, framför allt Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, har en viktig funktion i att stödja den regionala nivån i hur FaR bör kunna tillämpas, följas upp och utvärderas inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet. Det vore också önskvärt att utöka antalet aktörer i det nationella arbetet med exempelvis Försäkringskassan, Apoteket AB och företrädare för privata träningsanläggningar.

Det finns frågor kring FaR som behöver lösas för att åstadkomma en bättre genomslagskraft i verksamheten, t ex frågor om resurstilldelning, tillämpning av FaR inom primärvården, forskrivningsrätt, ansvarsfördelning mellan olika aktörer samt uppföljning och utvärdering. I exempelvis Danmark har Sundhedsstyrelsen avsatt 17 miljoner DKK för utvecklingsinsatser i landstingen (amterne), bl a för utbildning. På liknande sätt bör det även avsättas resurser i Sverige för vidareutveckling och tillämpning av FaR, liksom för uppföljning och utvärdering av FaR inom det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet.

INSATS 24

Kulturkompetensen bör förbättras i det hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbetet för hälsosamma levnadsvanor, särskilt avseende mat och fysisk aktivitet.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen

MOTIV

Idag uppvisar etniska grupper en större ohälsa än genomsnittsbefolkningen i landet. Studierna visar också att det finns stora hälsoskillnader mellan kvinnor och män i de undersökta grupperna. Socialstyrelsen beskriver även i rapporten Olika villkor – olika hälsa (39) att det i huvudsak är samma faktorer som har samband med hälsa bland infödda svenskar som bland de undersökta invandrargrupperna. Till detta kommer faktorer som är knutna till invandringen i sig och som har samband med hälsoutfallet, exempelvis diskriminering, ofullständiga språkkunskaper och erfarenheter som legat till grund för själva migrationen.

Regeringen anser att insatser inom folkhälsoområdet i större utsträckning än vad som görs idag bör beakta integrationsperspektivet och särskilt ta hänsyn till skillnader i levnadsförhållanden och hälsa mellan utlandsfödda och svenskfödda, dvs som ett led i att försöka minska ojämlikheterna i hälsa (1).

Ett sätt att försöka komma tillrätta med denna ojämlikhet i hälsa kan exempelvis vara att kontinuerligt prioritera bemanningen av vårdcentraler i särskilt berörda områden, liksom att öka kompetensen och kunskapen hos befintlig vårdpersonal om hur olika etniska gruppers hälsa kan förbättras. Vidare skulle särskilda hälsoinformatörer med bl a invandrarbakgrund kunna utbildas och anställas och placeras i primärvården.

Forskning gjord i Storbritannien har visat att det är svårt att nå ut till olika etniska minoritetsgrupper och att de studier som utförts har haft metodproblem (27). Det finns en stor brist på interventionsstudier av hög kvalitet bland etniska grupper, vilket gör det än mer viktigt att sådana insatser görs och därefter utvärderas. Dessutom är det viktigt att minoritetsgrupper inkluderas i interventioner riktade till befolkningen för att undvika ytterligare marginalisering. Interventioner bör också skräddarsys till speciella grupper, beakta kulturella faktorer, språk, religion m m och ske multidisciplinärt med exempelvis involvering av specialister på hälsofrämjande arbete, nutritionister och forskare. (40).

Ett lovande exempel på hur hälso- och sjukvården kan arbeta med förebyggande och främjande folkhälsoarbete är projektet Internationella Hälsoinformatörer, som är ett samarbetsprojekt mellan Region Skåne och Malmö Stad. Dessa hälso-informatörer hade akademisk hälso- och sjukvårdsutbildning från respektive hem-land. Syftet var att skapa ökad jämlikhet i hälsa för individer och familjer i aktuella etniska grupper genom att dessa personer fick kunskaper att själv påverka sin hälsa i positiv riktning (41). Mål för projektet var att

- Förebygga ohälsa inom utvalda språk/etniska grupper.
- Utveckla nya metoder för förebyggande folkhälsoarbete.
- Att tydliggöra mångfaldens vinster för samhället och för hälso- och sjukvårdspersonal.
- Främja integrationen.

En utvärdering visade att hälsoinformatörernas roll är viktig för att öka förståelsen mellan hälso- och sjukvårdssystemet och olika kulturer både till gagn för det traditionella hälso- och sjukvårdsarbetet och för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Resultaten från utvärderingen visade att de personer, som har informerats av hälsoinformatörerna, har upplevt det som mycket positivt och över 90 procent har önskat fler informationstillfällen (41).

INSATS 25

Hälsosamtal om barnets och familjens matvanor bör rutinmässigt genomföras som en del av tandhälsokontrollerna.

Aktör: Sjukvårdshuvudmännen/tandvården

MOTIV

Tandvårdens stora erfarenhet av förebyggande arbete liksom dess kontakt med i stort sett hela befolkningen gör den till en utmärkt arena för olika former av hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, exempelvis avseende matvanor. I dag utförs vård och förebyggande arbete efter en individuell riskbedömning, dvs de tidigare årliga undersökningarna har ersatts av individuellt anpassade undersökningstider och tandhälsokontroller.

Enligt Sveriges Tandläkarförbund finns ett stort intresse och mycket kunskap hos tandvårdspersonalen om betydelsen av matvanor för den orala hälsan. Resursbristen kan tyvärr ibland leda till att det förebyggande arbetet inom tandvården blir lågprioriterat. En inriktning är dock att varje besökare ska kunna få information om matvanor och dess betydelse för den orala hälsan, t ex i form av broschyrer, bl a producerade av Tandvärnet, som är en ideell stiftelse. Utbildningen av tandläkare, tandsköterskor och tandhygienister ger dessutom en god grund för att kunna arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande för goda matvanor.

Även tandvårdspersonal skulle rutinmässigt kunna genomföra ett hälsosamtal med barn och vuxna om goda matvanor, på samma sätt som andra personal grupper inom hälso- och sjukvården. Samtalet bör även inom tandvården kunna utgå från motiverande samtalsmetodik (se tidigare insatser) som är individcentrerat och skulle kunna genomföras i samband med barns och vuxnas besök hos tandvården eller vid olika tandhälsokontroller inom ramen för bastandvården. Särskilt viktigt är det att barn och ungdomar, som i åldern 3–19 år får regelbunden tandvård med tyngdpunkten lagd på förebyggande insatser, får möjlighet till motiverande samtal om matvanor av tandvårdspersonal. Genomförda hälsosamtal bör dokumenteras i journaler eller motsvarande samt kontinuerligt följas upp och utvärderas.

Referenser

1. Regeringens proposition 2002/03:35 Mål för folkhälsan. December 2002.
2. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. 2004 May. WHA57 17, 22.
3. Statens folkhälsoinstitut. På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsunderlag, proposition, riksdagsbeslut, indikatorförslag och exempel på tillämpning. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:33.
4. von Haartman F. Vem bestämmer vad som serveras till patienter och personal? En översikt av organisationen bakom måltiderna inom Stockholms läns landsting. Centrum för tillämpad näringslära, Stockholms läns landsting; 2002.
5. SLV. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003.
6. Burström B. Social Differentials in the Decline of Infant Mortality in Sweden in the Twentieth Century; The Impact of Politics and Policy. Intern J of Health Services 2003;33(723-41).
7. Tedstone AE, Aviles M, Shetty PS. Effectiveness of interventions to promote healthy eating in preschool children aged 1–5 years. England: Health Development Agency; 1998.
8. Neumark-Sztainer D, Wall MM, Perry CL, Story M. Correlates of fruit and vegetable intake among adolescents. Findings from project EAT. Prev Med 2003;37:198-208.
9. Sallis JF, Prochaska JJ, Taylor WC. A review of correlates of physical activity of children and adolescents. Med Sci Sports Exerc 2000;32:963-75.
10. Kohl HW, 3rd, Hobbs KE. Development of physical activity behaviors among children and adolescents. Pediatrics 1998;101(3 Pt 2):549-54.
11. Swanberg I. Prevention av ätstörningar - kunskapsläget i dag. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2004. R2004:40.
12. Fonagy P. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. Plenary address at the Sixth World Conference of the WAIMH. Tampere (Finland); 1996.
13. Tänk långsiktigt, En samhällsekonomisk modell för prioriteringar som påverkar barns psykiska hälsa. Stockholm: Skolverket, Socialstyrelsen, Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:14.
14. Baranowski T, Perry CL, Parcel GS. How individuals, environments, and health behavior interact: Social cognitive theory. I: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, red. Health behaviour and health education. Theory, research, and practice. 3 uppl., San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
15. Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn M, Juffer F. Less Is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. Psychological Bulletin 2003;129:195-215.

16. SBU. Fetma – problem och åtgärder. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2002. Rapport nr 160.
17. SBU. Förebyggande åtgärder mot fetma. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2004.
18. Mulvihill C, Quigley R. The management of obesity and overweight, an analysis of reviews of diet, physical activity and behavioural approaches. England: Health Development Agency; 2003.
19. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för skolhälsovården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
20. Svenska Skolläkarföreningen Rfs. Skolhälsovårdens generella insatser, State of the Art. 2001.
21. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing, Second Edition: Preparing People for Change. New York: Guilford Press; 2002.
22. Angbratt M, Eriksson E, Funcke S, Nilsson U, Sätterskog C, Söderlind M. Kartläggning av barns vikt och viktutveckling i Östergötland. Folkhälsovetenskapligt centrum Linköping. Rapport 2003:2. www.lio.se/fhvc
23. International Union for Health Promotion and Education. The Evidence of Health Promotion Effectiveness, 2000. Bryssel och Luxemburg; 2000.
24. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2000. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
25. SBU. Längre liv och bättre hälsa – en rapport om prevention. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1997. SBU-rapport nr 132.
26. Lindberg G, Melander A. Kan läkemedel förebygga ohälsa? Malmö och Stockholm: Nätverk för läkemedelsepidemiologi, Statens folkhälsoinstitut; 2004.
27. Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. London: Health Development Agency, NHS; 2004 Feb. Evidence briefing 1st edition.
28. US Preventive Task Force. Behavioral counseling in primary care to promote a healthy diet. Am J Prev Med 2003;24(1).
29. Babor TF, Sciamanna CN, Pronk NP. Assessing multiple risk behaviors in primary care. Screening issues and related concepts. Am J Prev Med 2004;27(2 Suppl):42-53.
30. Holm Ivarsson B. Bil. 4 Motiverande samtalsmetodik. I: Kallings LV, Leijon M, red. Statens folkhälsoinstitut, Folkhälsovetenskapligt centrum i Östergötland; 2003. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR. Rapport 2003:53.
31. Holm Ivarsson B. Det motiverande samtalet om tobaksvanor. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. Rapport 2003:40.
32. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2001. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.
33. Miller WR, Rollnick S. Motiverande samtal. Att hjälpa människor till förändring. Norrköping: Kriminalvårdens förlag; 2003.

34. Bendtsen P. Sekundärprevention i hälso- och sjukvård. I: Andréasson S, red. Växjö; 2002. Den svenska supen i det nya Europa. FHI. Rapport 2002:11.
35. SBU. Behandling av alkohol- och narkotikaproblem, en evidensbaserad kunskapssammanställning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2001. SBU-rapport nr 156.
36. SBU. Metoder för rökavvänjning. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 1998. SBU-Rapport nr 138.
37. FHI. FYSS – fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. En kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
38. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. R 2003:53.
39. Socialstyrelsen. Olika villkor – olika hälsa. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. Socialstyrelsens rapport 2000:3.
40. White M, Carlin L, Rankin J, Adamson A. Effectiveness of interventions to promote healthy eating in people from minority ethnic groups: a review. England: Health development Agency; 1998. No 0752111795.
41. Karlsson ED, Hylén AM, Khan FA. Utvärdering av Projektet Internationella Hälsoinformatörer. Malmö högskola; 2004. Delrapport 2. IHI, 2002-2003.

Idrottspolitik

Idrottspolitikerna utgör en specifik del av folkrörelsepolitiken och innefattar verksamheter som främjar idrott och motion och som samtidigt bidrar till en förbättrad folkhälsa. Målen för idrottspolitikerna är bland annat att ge alla möjligheten att motionera och idrotta för att främja en god folkhälsa. Statens stöd ska fördelas till verksamheter som stimulerar barns och ungdomars intresse för idrott och motion, erbjuder idrott åt alla som vill vara med, premierar jämställdhet, integration och god etik samt gör barn och ungdomar delaktiga i besluten inom föreningslivet. De idrottspolitiska frågorna har beskrivits i detalj i ”En idrottspolitik för 2000-talet” (1). Idrotten som folkrörelse med dess föreningsliv och cirka 3 miljoner medlemmar inklusive 500 000 ideella ledare och tränare är en viktig samhällsaktör och tillgång för folkhälsan (2).

INSATS 26

En hälsoekonomisk utvärdering bör göras av ”Handslaget med idrotten”.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Riksdagen, på förslag från regeringen, beslutade under 2003 att under en fyra-årsperiod satsa sammanlagt 1 miljard för att förstärka folkhälsoprofilen inom idrottsrörelsen genom att hjälpa idrottsrörelsen att öppna dörrarna för fler, hålla tillbaka avgifterna, satsa mer på flickors idrottande, delta i kampen mot droger och samverka med skolan. Uppföljningen av ”Handslaget med idrotten” första år (3) visar att det framför allt är tre områden som varit i fokus: öppna dörrarna för fler (34 procent av projekten), där många insatser handlat om att aktivera exempelvis barn och ungdomar med invandrarbakgrund och funktionshindrade; samverkan med skolan (27 procent), framför allt för att aktivera idag inaktiva barn samt flickors idrottande (26 procent). Dessutom har 85 föreningar fått sammanlagt 8,5 miljoner kronor i bidrag till anläggningar och projekt som stimulerar bättre tillgänglighet till idrottsutövning i närmiljön. Totalt 10 miljoner kronor har också fördelats av Riksidrottsförbundet till större, övergripande satsningar. Av uppföljningen framgår dock inte hur framgångsrikt ”Handslaget med idrotten” varit hittills med att nå nya grupper av barn och ungdomar.

Det har framkommit kritik från en rad frivilligorganisationer (4) över den sneda resurstilldelningen på området, där även regeringens handslag till idrottsrörelsen stod i fokus. Det är därför viktigt att de inblandade parterna satsar på uppföljning och utvärdering av ”Handslaget med idrotten” och annat statligt stöd till idrotten och utvärderar huruvida satsningen har uppfyllt de uppställda målen. Även Riksidrottsförbundet anger att det är viktigt att de satsningar som görs följs upp och utvärderas, såväl på vetenskaplig grund i samverkan med forskare som

i form av enklare egna undersökningar, för att bedöma effekterna. Satsningen kan med sin målsättning ses som en gigantisk folkhälsointervention och bör därför utvärderas utifrån ett hälsoekonomiskt perspektiv, vilket också kan ge idrotten som helhet nya kunskaper som kan användas i framtida utvecklingssatsningar. Inte minst torde en sådan utvärdering vara av stort intresse internationellt.

INSATS 27

Riksidrottsförbundet bör utveckla sitt policydokument ”Idrotten vill” genom att inkludera fler folkhälsofrågor i allmänhet och sambandet mellan mat och hälsa i synnerhet, samt utforma rekommendationer för sponsring i idrotts-sammanhang. Kvinnors och flickors deltagande i idrott bör stärkas på alla nivåer.

Aktör: Riksidrottsförbundet

MOTIV

Policydokumentet ”Idrotten vill” (2) presenterar RFs ambition med idrotts-rörelsens verksamhet, bl a idrottsrörelsens påverkan på folkhälsa, fostran, jäm-ställdhet och kulturell utveckling. Idrottsrörelsen bör utforma sin idrott så att:

- den i alla led ständigt utvecklas och förbättras till form och innehåll.
- alla som vill, oavsett ras, religion, ålder, kön, nationalitet samt fysiska och psykiska förutsättningar får vara med i föreningsdriven idrottsverksamhet.
- den ger upplevelser och skapar kontakt mellan människor ur olika samhälls-grupperingar.
- de som deltar får vara med och bestämma om och ta ansvar för sin verksamhet.
- den ger alla som deltar en kamratlig och trygg social gemenskap.

Samtidigt existerar många exempel på idrottsföreningar och ledare vars agerande går stick i stäv med intentionerna i ”Idrotten vill”, vilket bl a skulle kunna bero på att inte alla inom idrottsrörelsen har tagit till sig dess budskap. Behovet av kom-pletterande debatt och kunskap kan således vara stort. ”Idrotten vill” anger att idrottsrörelsen ska ta ställning mot det som är dåligt och nedbrytande för sam-hället, och att det är viktigt att en framgångsrik tävlingsidrottare skaffar sig kun-skaper om hur man äter och dricker rätt samt hur man påverkas av droger. RF har även publicerat riktlinjer för alkohol och tobak inom idrotten (5). Däremot saknas riktlinjer för andra viktiga folkhälsofrågor, exempelvis sambandet mellan mat och hälsa och energität mat och övervikt. Även om dessa områden inte är idrottsrörel-sens direkta ansvarsområde, har dock idrottsrörelsen potential att påverka många barn, ungdomar och vuxna att leva sundare, vilket skulle kunna bidra till att höja idrottsrörelsens trovärdighet ytterligare. På senare år har det framkommit kritik mot idrottsrörelsens samarbete med, och sponsringen från, kommersiella intressen

för energität mat och sötade drycker, t ex Svenska friidrottsförbundets samarbete med McDonald's (6). Det finns därför behov av att tydligare, från Riksidrottsförbundets sida, dels föra fram vikten av en näringsriktig kost för energibalans och viktkontroll, speciellt för barn och ungdomar, dels påbörja en diskussion inom idrottsrörelsen över lämpliga samarbetspartners och sponsorer. Det är viktigt att arbetet med att sprida "Idrotten vill" till föreningar, special- och distriktsförbund anslutna till Riksidrottsförbundet intensifieras.

Ett flertal studier visar att pojkar i högre utsträckning än flickor är idrottsaktiva och att pojkars idrottande gynnas på olika sätt (7–8). Ungefär hälften av alla flickor och 2/3 av alla pojkar är medlem i en idrottsförening (8). Idrottsrörelsen har av tradition varit starkt mansdominerat och jämställdhetsarbetet har spelat en undanskymd roll (9–10). Dorfingers och Moströms (11) kartläggning av jämställdhetsarbetet inom idrottsrörelsen på 90-talet visade att få personer på ledande positioner var medvetna om idrottens jämställdhetsplan (12). Åström (10) har vidare visat på ett organisatoriskt motstånd från specialförbundets sida att anamma RFs direktiv och målsättningar, samt att ekonomiskt kärvarer tider medfört att rekryteringen av företagsledare till styrelserna har prioriterats framför jämställdhetssträvan. Även om jämställdhet har förts upp på dagordningen på senare år genom policydokumentet "Idrotten vill" (2), rapporten "På lika villkor" (13) och uppdaterade riktlinjer för jämställdhetsarbetet (14), är kvinnor fortfarande underrepresenterade i såväl styrelser och förbundsledningar som bland utövare av idrott. Detta skulle kunna förklara varför flickor och kvinnor inte gynnas på samma sätt som pojkar och män inom idrotten. Kvinnorna representerar ungefär 38 procent av medlemmarna totalt: en tredjedel av tränar- och ledarkåren, endast 27 procent av specialförbundets styrelser och 38 procent av Riksidrottsstyrelsen (6, 8). RFs undersökning av svenska folkets tävlings- och motionsvanor 2003 anger att drygt 41 procent av kvinnorna i Sverige antingen är passiva eller aktiva medlemmar av en idrottsförening (8). En jämn könsfördelning på beslutsposter och i styrelser inom idrottsrörelsen är mycket viktig för att påverka inriktningen av verksamheten mot större jämställdhet och främja breddidrotten för alla. Arbetet för en jämn könsfördelning i idrottsrörelsens styrande organ på alla nivåer bör därför intensifieras.

INSATS 28

Kommunerna bör inventera behovet av faciliteter för motion och spontan-idrott under beaktande av jämställdhet och jämlikhet och bygga ut efter behov. Kommunerna bör sträva efter att alla som bor i tätort får tillgång till en näridrottsplats inom 2,5 km från bostaden och enklare anläggningar inom 1 km från bostaden, samt att det ska vara möjligt och tryggt att ta sig dit med hjälp av aktiv transport eller kollektivtrafik.

Aktör: Kommunen

MOTIV

Kommunerna ansvarar för stora delar av de kollektiva nyttigheterna, inklusive drygt hälften av Sveriges idrottsplatser (15). Kommunerna har därmed stora möjligheter att skapa goda förutsättningar för fysisk aktivitet – exempelvis genom att skapa bra utbud av näridrottsplatser och/eller enklare anläggningar. Avståndet till en anläggning eller liknande plats för fysisk aktivitet har stor betydelse för huruvida människor är regelbundet fysiskt aktiva eller inte. Är exempelvis avståndet till en park längre än ungefär 1 km sjunker sannolikheten att parken används regelbundet. Forskning visar att så gott som alla boende regelbundet använder en attraktiv park eller liknande grönområde om den är belägen inom 200 meter från hemmet (16).

Näridrottsplatsen bör vara öppen för alla oavsett ålder, intresse och förmåga; stimulera till aktivitet och social samvaro; kunna användas under alla tider på året och erbjuda många olika alternativ. Den bör vara belägen i bostadsområdet och eventuellt vara fri från tävlingsverksamhet (15). Det övergripande syftet med näridrottsplatsen ska vara att förutsättningarna ökar för att alla får goda möjligheter till fysisk aktivitet i sin närmiljö.

Minskade anslag till idrott och fritid i kommunerna riskerar emellertid att allvarligt försvåra en fysiskt aktiv livsstil och deltagande i motionsaktiviteter. En undersökning av landets alla 290 kommuner (17) visade att:

- 75 kommuner (26 procent) har antingen ökat sitt idrottsstöd 2004 eller tror att de kommer att göra det framöver.
- 118 kommuner (41 procent) har antingen minskat sitt idrottsstöd 2004 eller tror att de kommer att göra det framöver.
- Totalt 42 kommuner (14 procent) har på något sätt minskat sitt stöd 2004 och har planer på att fortsätta skära ner stödet framöver.
- 9 kommuner (3 procent) har minskat såväl det direkta stödet som anläggningsstödet och har dessutom planer på fortsatta nedskärningar.

Omfattningen av besparingarna är inte kända och det är svårt att uppskatta exakt hur det påverkar samarbetet med redan existerande föreningsverksamhet. Med tanke på det kommunala stödets allmänna betydelse för föreningarnas ekonomi

och det faktum att fyra av tio kommuner har skurit ner stödet eller förmodligen kommer att göra det, finns en uppenbar risk att idrotts- och motionsanläggningar blir drabbade eller att existerande anläggningar med medlems- eller inträdesavgifter måste höja avgifterna. I båda fallen är risken stor att det i första hand drabbar inkomstsvaga grupper. Staten bidrar redan via ”Handslaget med idrotten” till kommunala anläggningar och projekt, som stimulerar bättre tillgänglighet till idrottsutövning i närmiljön, men dessa resurser kan förmodligen inte kompensera för det minskade kommunala stödet. För att besluta om eventuellt ytterligare statligt stöd efter 2007 till idrotten och målen för detta är det viktigt att resurstillskottet utvärderas, se även insats 26.

INSATS 29

Föreningslivet bör i samarbete med landstingen utbilda ledare i fysisk aktivitet på recept enligt metod framtagen av SISU Idrottsutbildarna och anordna lokala aktiviteter.

Aktör: Riksidrottsförbundet (SISU) Idrottsutbildarna i samarbete med landstingen

MOTIV

Fysisk aktivitet på recept (FaR) är ett utvecklingsarbete som pågår inom primärvården och i alla landsting. Metoden är ett konkret sätt att arbeta mer förebyggande och effektivt i att nå personer med en stillasittande livsstil (18), se även insats 23 under Hälso- och sjukvårdspolitik. Forskning utomlands visar att strukturerade FaR-program som inkluderar gruppverksamhet har ökat fysisk aktivitet hos olika grupper, men endast under pågående program (19). I den internationella vetenskapliga litteraturen rapporteras flera framgångsfaktorer för fysisk aktivitet på recept. På individnivå handlar det bl a om ökat självförtroende genom ömsesidigt uppmuntran och stöd, nya vänner och förbättrad livskvalitet. Inom hälso- och sjukvården finns många positiva sidoeffekter som t ex att delta i det hälsofrämjande arbetet och en möjlighet att tala mer om livsstil. En annan positiv bieffekt var att personalen ökade sin egen fysiska aktivitet (20). Arbetet initierades av Statens folkhälsoinstitut, som gav YFA (Yrkesföreningar för fysisk aktivitet – en underavdelning inom Svenska Läkaresällskapet) i uppdrag att ta fram ett vetenskapligt underlag för att kunna använda fysisk aktivitet endera som komplement i behandlingen till läkemedel vid ett antal vanliga sjukdomar eller som sjukdomsprevention. Detta arbete resulterade i FYSS, som Apoteket sänt ut till samtliga vårdcentraler och landsting (21). FYSS har även kommit ut i en populärversion – ”FYSS för alla” – som säljs på Apoteken. Statens folkhälsoinstitut har gjort den första utvärderingen ”Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR” (18), som summerar erfarenheterna från pilotprojektet. SBU

arbetar för närvarande med en systematisk kunskapsöversikt om metoder för att främja fysisk aktivitet, där bl a FaR ingår.

Många landsting har tagit politiska beslut, startat utbildningar och satt upp särskilda organisationer för samarbetet mellan patient, hälsosjukvård och föreningslivet. SISU Idrottsutbildarna har tagit fram ett utbildningskoncept för idrottens organisationer. RF och SISU genomför nu utbildningar för aktivitetsledarna, som ska ta emot personer med FaR.

Föreningslivet har stor potential att bidra till genomförandet av FaR-program tack vare sin förankring i lokalsamhället och stora ledarresurser, men behovet av utbildning är stort för att ta hand om vanligtvis stillasittande samhällsgrupper. Det är viktigt att poängtera att förskrivning av FaR-program till patienter med hög risk för sjukdom och många riskfaktorer, t ex för hjärt-kärlsjukdom, bör utföras av lämpligt utbildad vårdpersonal och kliniker (22). Genomförande av FaR-program med symptomfria personer (inga eller få riskfaktorer) kan ofta drivas i samarbete med andra yrkesgrupper, t ex hälsopedagoger, lämpligt utbildade personliga tränare, ledare inom idrotten, hälsocoacher m fl.

INSATS 30

Idrottsrörelsen bör utveckla sin verksamhet så att den kan attrahera människor med en stillasittande livsstil, människor med invandrarbakgrund samt funktionshindrade som vill idrotta på motionsnivå. Breddidrottsrådet bör få en större roll och mer resurser för att öppna dörrarna för fler.

Aktör: Riksidrottsförbundet/Breddidrottsrådet och lokala föreningar

MOTIV

Idrottsrörelsen har stor potential att attrahera vuxna tack vare sin närvaro i lokalsamhället och det faktum att många fortsätter vara medlemmar i en idrottsförening långt efter ”avslutad karriär”. Deltagande i idrott och medlemskap i idrottsföreningar minskar med stigande ålder, för att i vuxen ålder uppgå till en relativt liten del av befolkningen. Det största bortfallet av aktiva medlemmar sker i åldern 15–19 år och i gruppen 60–70 år, även om antalet passiva medlemmar ökar med stigande ålder upp till 60 år (8). I gruppen 7–14 år är drygt 76 procent (713 100 personer) medlem i en idrottsförening, varav en överväldigande majoritet är aktiva medlemmar. I gruppen 40–49 år är 42 procent medlemmar i en idrottsförening, varav ungefär hälften som passiva medlemmar (8). Det finns ett uttalat behov av att erbjuda fler vuxna och äldre bättre möjligheter att aktivt delta, motionera, träna och idrotta i idrottsrörelsen.

Rapporten ”Hälsa på lika villkor – nationella mål för folkhälsan” (23) anger att idrottsrörelsen inklusive handikappidrotten har betydelse för att stimulera till idrott och motion. Hur stödet ser ut har stor betydelse när man vill främja fysisk

aktivitet utifrån olika grupperns behov. Det är angeläget att uppmärksamma breddidrottens behov i samband med bidragsgivning. Målet för handikappolitiken är bl a att utforma samhället så att människor med funktionshinder i alla åldrar blir fullt delaktiga i samhällslivet och att skapa jämlika levnadsvillkor, vilket är viktigt för att erbjuda alla människor möjlighet till fysisk aktivitet genom en innehållsrik fritid och utevistelse. Ett antal lagar berör detta område, inklusive socialtjänstlagen (24), hälso- och sjukvårdslagen (25), lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (26) samt plan- och bygglagen (27).

En mycket stor andel av barn och ungdomar i Sverige är någon gång under sin uppväxt medlem i en eller flera idrottsföreningar, vilket gör idrottsrörelsen till den i särklass populäraste organiserade fritidsaktiviteten för barn och ungdomar. Ungefär hälften av alla flickor och två tredjedelar av alla pojkar är medlem i en idrottsförening (8). Olikheter i levnadsvillkor avspeglar sig inom idrotts- och motionskulturen med klart iakttagbara klyftor mellan olika grupper av befolkningen. När det gäller motion, rörelse och idrott är det flickorna från storstadens fattiga förorter som motionerar minst jämfört med andra barn och ungdomar. Den ökande inriktningen på konkurrens inom tävlingsidrotten i kombination med det bidragssystem som existerar leder till att debuten och specialiseringen i vissa idrotter sker väldigt tidigt. Tidig tävlingsdebut för barn kräver ofta större föräldramedverkan och tillgång till bil i familjen är ofta en nödvändighet, vilket medför en viss social och ekonomisk snedfördelning (28). Dessutom riskerar tidig tävlingsdebut i idrottsföreningar att utestänga de barn vars intresse för sporten vaknar senare, då det kanske redan vid 12 års ålder är för sent att börja med tävlingsidrott i en del grenar (29). Fysisk träning och idrottslig verksamhet måste ses som en rättighet för alla barn att delta i. Lek och tävling, med stora inslag av slump-moment och spänning, måste få mycket större betydelse (30).

För att understryka idrottsrörelsens roll i folkhälsoarbetet bildades Breddidrottsrådet under 2003 med ansvar för barn- och ungdomsidrott samt bredd- och motionsidrott. RFs breddidrottsenhet arbetar inom verksamhetsområdet "Idrottsutveckling" och har sannolikt bättre förutsättningar än andra förbund inom RF att öppna dörrarna för nya grupper i befolkningen.

INSATS 31

Utbildningen till idrottsledare/tränare bör innehålla kurser om matvanornas betydelse för hälsa och om ätstörningar och idrottsanorexi.

Aktör: Riksidrottsförbundet/SISU Idrottsutbildarna och idrottshögskolor

MOTIV

Förekomsten av ätstörningar och ”idrottsanorexi” inom idrotten har uppmärksamats i media under senare år. Ätstörningar förekommer oftare i idrotts-sammanhang än hos befolkningen i övrigt, speciellt i idrotter där man tränar hårt och försöker att gå ner i vikt för att få en smidig kropp eller uppnå vissa kriterier för viktklasser (31–34). I en studie bland 1 620 norska elitidrottare fann man exempelvis att 20 procent av kvinnorna och 8 procent av männen uppfyllde kriterierna för anorexi eller bulimi, jämfört med 4,6 procent i kontrollgruppen (33). Studier har funnit en bristande kunskap om ätstörningar hos idrottsledare och få ledarutbildningar verkar uppmärksamma problemet (34). Riskindivider bör i tidigt skede identifieras och behandlas med en välbalanserad kost med ökad kalorimängd samt minskad fysisk aktivitet annars kvarstår en ökad risk för benbrott och för utveckling av anorexia nervosa. Utbildning av coacher, tränare och föräldrar till idrottande ungdomar är därför viktigt (35) för att förebygga ätstörningar, upptäcka tidiga symtom på ätstörningar och ge kunskap om hur man kan ge stöd till personer med sådana problem.

Inom idrotten existerar även många myter om kost, mat och hälsa. Många aktiva använder kosttillskott helt i onödan och i värsta fall kan detta leda till fel-näring. För att motverka denna utveckling bör idrottsledare få utbildning i mat och hälsa som är baserad på vetenskapliga fakta och med de svenska näringsre-kommendationerna som bas. Det är också mycket viktigt att idrottsledare, som arbetar med barn och ungdomar, förmedlar rätt budskap kring mat och fysisk aktivitet.

Referenser

1. SOU 1998/99:107 En idrottspolitik för 2000-talet.
2. Riksidrottsförbundet. Idrotten vill: Verksamhetsidé och riktlinjer för idrottsrörelsen in i 2000-talet. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 1995.
3. Riksidrottsförbundet www.rf.se.
4. Olika främjandeorganisationer. Idrotten är otillbörligt gynnad. Dagens Nyheter 2004-10-27.
5. RF. Riktlinjer för alkohol och tobak inom idrotten. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 2000.
6. Svenska friidrottsförbundets hemsida www.friidrott.se/ungdom/happymil.asp och McDonald's hemsida www.mcdonalds.se/vardagsmotion/happymil2004.html.
7. Larsson B, Nilsson P. Ungdom – fritid – idrott. Svensk Idrottsforskning 1997;3:16-20.
8. RF. Svenskarnas idrottsvanor: En studie av svenska folkets tävlings- och motionsvanor 2003. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 2004. FoU-rapport 2004:5.
9. Olofsson E. Har kvinnorna en sportslig chans? Den svenska idrottsrörelsen och kvinnorna under 1900-talet. Umeå: Pedagogiska institutionen, Umeå universitet; 1989.
10. Åström G. Med flätorna i brevlådan – en studie av könsmaktsordningen inom idrottsrörelsen. Stockholm: Riksidrottsförbundet, forskning och utveckling; 1995.
11. Dorfinger K, Moström K. Tiden kommer att hjälpa till, men det räcker inte! En kartläggning av jämställdhetsarbetet inom idrotten. Stockholm: JUAB Jämställdhetsutveckling AB; 1995.
12. RF. Idrottens jämställdhetsplan inför 90-talet. Antagen vid riksidrottsmötet 1989. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 1989.
13. RF. På lika villkor: Om könsordning och jämställdhetsarbete inom idrotten. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 2004.
14. RF. Rapport om idrottens jämställdhetsarbete från 1989 till 1999. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 1999.
15. RF. Näridrottsplats – för fysisk aktivitet i boendemiljö. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 2003.
16. Nationella folkhälsokommittén. Miljöfaktorer: Rapport från arbetsgruppen Miljöfaktorer till Nationella folkhälsokommittén. 1999. Underlagsrapport nr 5.
17. RF. Förändringar av det kommunala stödet till idrotten: En marknadsanalys av Centrum för Marknadsanalys. Stockholm: Riksidrottsförbundet; 2004.
18. Kallings LV, Leijon M. Erfarenheter av Fysisk aktivitet på recept – FaR. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. R 2003:53.

19. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract* 1997;14:160-76.
20. Riddoch C, Puig-Ribera A, Cooper A. Effectiveness of physical activity promotion schemes in primary care: a review. Health Education Authority; 1998. http://www.hda-online.org.uk/documents/effective_primcare.pdf.
21. FHI. FYSS – fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. En kunskapssammanställning. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003.
22. NHS Centre for reviews and dissemination. Exercise referral systems: A national quality assurance framework. UK: National Health Service, UK Department of Health, British Association of Sports and Exercise Sciences (BASES) and Exercise England; 2001. www.doh.gov.uk/exercisereferrals/exercisereferral.pdf.
23. SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor. Nationella mål för folkhälsan.
24. Socialtjänstlagen 2001:453.
25. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763.
26. Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387.
27. Plan- och bygglagen 1987:10.
28. SOU 1999:137 Hälsa på lika villkor. Nationella mål för folkhälsan.
29. Lärarnas tidning. Allt fler inaktiva ungdomar. 30 december 1999. www.lararnastidning.net/default.asp?ArticleID=19783&CategoryID=3546&ArticleOutputTemplateID=92&ArticleStateID=2&FreeText=Lars-Magnus%20Engstrom
30. Engström L-M. Social change and physical activity. *Scand J Nutr* 2004;48:108-13.
31. Hulley AJ, Hill AJ. Eating disorders and health in elite women distance runners. *Int J Eat Disord* 2001;30:312-7.
32. Sundgot-Borgen J. Weight and eating disorders in elite athletes. *Scand J Med Sci Sports* 2002;12:259-60.
33. Sundgot-Borgen J, Torstveit MK. Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population. *Clin J Sport Med* 2004;14(1):25-32.
34. Swanberg I. Prevention av ätstörningar – kunskapsläget idag. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:40.
35. Kvarnmalm A, Håstedt M. Idrottsanorexi. En undersökning om RF och specialidrottsförbundens strategier för idrottsanorexi. Examensarbete 10p, idrottslärarutbildningen. Stockholm: Idrottshögskolan; 2001.

Konsumentpolitik

Konsumentpolitiken syftar till att med olika styrinstrument stärka och skydda konsumenternas ställning på marknaden. Politiken syftar även till att nå målet om långsiktig hållbar utveckling genom att framhålla att konsumtions- och produktionsmönster ska utvecklas som minskar påfrestningarna på miljön. Politiken ska också säkra tillgängligheten till hälsosam mat till rimligt pris för alla i befolkningen samt utveckla det lokala och regionala arbetet för god tillgång till kommersiell service.

För att ge folkhälsan dess tillbörliga status borde regeringens mål lyda: ”Sådana konsumtions- och produktionsmönster ska utvecklas som minskar påfrestningarna på miljön *och folkhälsan* och bidrar till en långsiktigt hållbar utveckling. (Tillägget är kursiverat.)

En förstärkning av konsumentpolitiken kan vara nödvändig framför allt för att skydda svaga grupper såsom barn och socioekonomiskt utsatta grupper.

Rent konkret innebär detta att förslagen till insatser inom detta politikområde inriktas mot frågor om utbud i butiker och serveringar, marknadsföring riktad till barn samt ekonomiskt stöd till konsumentorganisationer för att följa utvecklingen av och de kommersiella aspekterna på angelägna livsmedelsgrupper.

INSATS 32

Sverige ska på EU-nivå verka för att TV-reklam för mat riktad till barn förbjuds inom hela EU.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Barn (enligt FNs ”Konvention om barnets rättigheter” är åldersgränsen för barn 18 år) utsätts idag för en mycket stor kommersiell påverkan. Barn är en viktig målgrupp för livsmedelsföretagen, eftersom varumärkesetablering sker i tidig ålder, och de förfogar över stora summor egna pengar samt har stort inflytande över sina föräldrars livsmedelsval.

Under den tid som barn kan anses titta på TV görs reklam för energitäta produkter såsom choklad, flingor (till övervägande del söta), glass, läsk, godis och snabbmat. Under 2003 köptes reklamtid för dessa produkter på TV under tiden 07.00–08.00 för 25 miljoner kronor och tiden 17.00–20.00 för 213 miljoner kronor (1). Av de tio mest förekommande livsmedlen som annonserades på TV 2003 fanns inga av de livsmedel som befolkningen rekommenderas äta mer av, utan till största delen omfattade annonseringen energitäta produkter. Utöver dessa produkter visades 11 916 reklamspottar för snabbmatsrestauranger under 2003 (2).

I Sverige får det enligt radio- och TV-lagen inte förekomma någon reklam före eller efter ett barnprogram. Barnprogram får heller inte brytas av reklaminslag. Dessutom får inte TV-reklam syfta till att fånga uppmärksamheten hos barn under 12 år. Efterlevnaden av bestämmelsen övervakas av Konsumentombudsmannen. Reglerna gäller för TV 4. Eftersom de svenska kanalerna TV 3 och Kanal 5 sänder från Storbritannien omfattas de inte av barnreklamförbudet. Däremot måste barnreklamen även i dessa TV-kanaler följa TV-direktivets regler och marknadsföringslagen, det vill säga barnreklamen får inte vara vilseledande.

Vad som kan anses vara reklam riktad till barn är inte alltid helt klart och gränsdragningen behöver ibland prövas rättsligt. Flera domar i Marknadsdomstolen (3) har lett till att TV-reklamförbudet i Sverige i viss mån urholkats vilket, Konsumentombudsmannen tagit upp i en skrivelse till regeringen.

Barn till föräldrar med låg socioekonomisk status ser mer TV-reklam och utvecklar en lägre grad av näringsmedvetenhet än andra barn (4). Det är tänkbart att TV-reklamen befäster eller förstärker de attityder till mat som finns i den miljö barnen lever i. Exponering för matreklam på TV hade i en studie större effekt på matinköp i familjer med låg socioekonomisk status än på de med högre socioekonomisk status (5). Möjligheten finns att resurssvaga familjer har svårare att motstå den kommersiella påverkan som reklamen om onyttig mat utgör.

WHO anser att intensiv marknadsföring av snabbmat och energitäta, näringsfattiga livsmedelsprodukter sannolikt är en bidragande faktor till övervikt och fetma (6). I Storbritannien har Food Standards Agency, oroad av överviktsutvecklingen bland barn, låtit granska forskningen om effekten av TV-reklam om mat på barn (7). Resultatet, den s k Hastingsrapporten, är den största systematiska kunskapsöversikt som hittills gjorts på området.

Granskningen visar att barn är mer benägna att välja mat med högt innehåll av fett, salt eller socker än alternativ med lågt innehåll av dessa ämnen efter att ha sett på TV-reklam om mat. Reklamen påverkar såväl köpbeteende, matpreferenser som konsumtion. Effekterna är signifikanta, oberoende av annat inflytande och fungerar både på varumärkes- och kategorinivå. Det är effekten på kategorinivå, dvs att barnen väljer exempelvis godis i stället för frukt, som är det största problemet ur ett folkhälsoperspektiv. Även en effekt på varumärkesnivå, exempelvis att välja sötade frukostflingor i stället för osötade, kan dock påverka folkhälsan genom att de sötade flingorna tillför mer socker. Hastingsrapporten fokuserar enbart på TV-reklam och resultaten underskattar därför den totala effekten som matreklam har på barn.

Hastingsrapporten i sig har gått igenom totalt sju granskningar, där den fått stort stöd, och är nu antagen av Food Standards Agency och Ofcom (UK Telecommunications Regulator). Department of Health i Storbritannien publicerade i november 2004 en vitbok i folkhälsa (8) i vilken det uttrycks att det finns starka skäl för att begränsa marknadsföringen för mat och dryck med mycket fett, salt

och socker. The Broadcasting Commission of Ireland har i sin "Children's Advertising Code" från oktober 2004 inkluderat krav på information, i skriftlig eller talad form, i samband med TV-reklam för snabbmat ("should be eaten in moderation") och för godis ("snacking on sugary foods and drinks can damage teeth") (9). Reglerna gäller för barn under 18 år, alltså en betydligt högre ålder än den svenska 12-årsgränsen.

Ett förbud borde infogas inom det nu pågående EU-arbetet med direktivet om otillbörliga affärsmetoder. Förslaget behandlas för närvarande genom en andra läsning i parlamentet. Alternativt skulle restriktioner vad gäller barn kunna tas med i det pågående arbetet med direktivet om närings- och hälsopåståenden på livsmedel.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 33

Förutsättningarna för att begränsa marknadsföring av mat riktad till barn ska prövas, bl a med hänsyn till gällande lagstiftning. Utvecklingen av denna marknadsföring ska kontinuerligt bevakas. En samarbetsgrupp för ansvarsfull marknadsföring ska bildas.

Aktör: Konsumentverket

MOTIV

Förutom TV använder livsmedelsföretagen många olika kanaler och metoder för att nå barn med sina budskap; radio, serietidningar, internet, mobiltelefoni, bio, livsmedelspaket, leksaker som delas ut vid snabbmatsrestauranger, produkt-placeringar, sponsring m m. Barntidningen "Kalle Anka" är ett exempel på en populär kanal för att nå barn. Under 2003 bestod de annonserade matprodukterna i tidningen till överväldigande del av godis. Även söta frukostflingor, efterrätter, kakor och snabbmat annonserades (1). Trenden går mot att alltmer utnyttja nya teknologier som en kanal för kommersiella budskap. Dessa vägar är både billigare och kan göras mer målgruppsanpassade än TV-reklam.

I sin globala strategi för kost, fysisk aktivitet och hälsa rekommenderar WHO att budskap som uppmuntrar till ohälsosamma kostvanor ska motverkas och att små barns exponering av intensiv marknadsföring för energität, näringsfattig mat ska begränsas. I strategin uppmuntras regeringar att arbeta tillsammans med konsumentorganisationer, livsmedelsindustrin och reklamindustrin för att utveckla åtgärder för hur marknadsföring av mat till barn ska hanteras (10). I WHO-rapporten "Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment" (11) betonas vikten av att hälsa får en central plats i policydokument om marknadsföring av mat riktad till barn. I rapporten höjs frågan om åtgärder krävs för att peka ut mat som en produktkategori med särskilda behov av uppmärksamhet ur ett folkhälsoperspektiv.

Sverige framhålls ofta som ett föredöme ifråga om reklam riktad till barn och skulle kunna bli ett av de första länderna i världen som med folkhälsomotiv som grund reglerar formerna för matreklam riktad till barn. Det finns ett starkt stöd för förbud mot reklam riktad till barn i Sverige; 84 procent av den vuxna befolkningen vill antingen behålla eller utöka förbudet mot TV-reklam till barn, 82 procent vill införa begränsningar för annat än TV-reklam och 73 procent anser att det är för mycket reklam som riktar sig till barn på internet (12).

En bedömning bör göras hur en begränsning av marknadsföring riktad till barn åstadkommes på bästa sätt. Ifrån reklambranschens och livsmedelsindustrins sida framhålls ofta självregleringar och egenåtgärdsprogram som det mest effektiva sättet att åtgärda problem. International Chamber of Commerce (ICC) har nyligen utvecklat hur deras uppföranderegler ska tillämpas inom reklam för mat och dryck: ”Reklam för mat och dryck får inte uppmuntra eller överse med överdriven konsumtion och portionsstorlekar ska vara lämpliga i den miljö de visas ... Reklam för mat och dryck får varken undergräva främjandet av hälsosamt balanserad kost eller vikten av en hälsosam aktiv livsstil” (13).

Syftet med egenåtgärdsprogram är dock inte att minska marknadsföringen och kan inte ses som en tillräcklig mekanism för att skapa en miljö som främjar hälsosamma matvanor bland barn. Åtgärdsprogrammen är också till stor del okända för konsumenterna. Internationella konsumentorganisationer har en kritisk inställning till egenåtgärdsprogrammen och vill se starkare reglering av marknadsföring av mat riktad till barn (14–16).

Konsumentverket har givit synpunkter på vad som skulle kunna tänkas ingå i en prövning av förutsättningarna för att begränsa marknadsföring av mat riktad till barn. De lagar, som kan vara aktuella att skärpa är marknadsföringslagen och Radio- och TV-lagen. Det vore också önskvärt att TV-direktivets jurisdiktionsregler och förbudsregler kunde skärpas.

Från folkhälsosynpunkt är det önskvärt att marknadsföringen kontinuerligt bevakas så att risken för överträdelser minimeras. Konsumentverket har tidigare haft uppdraget att följa utvecklingen på reklamområdet men pga ned-skärningar har uppdraget inte kunnat prioriteras. En prioriterad åtgärd bör vara att skapa en samarbetsgrupp mellan myndigheter, näringsliv och reklam-branschen för att diskutera hur folkhälsoaspekter ska beaktas vid marknads-föring av mat och dryck.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 34

Konsumentorganisationer bör kunna söka bidrag hos Konsumentverket för att bevaka och offentliggöra utvecklingen inom marknadsföring av söta drycker, godis, snacks, bakverk och glass riktad till barn, samt väcka debatt om marknadsföringen.

Aktör: Konsumentverket

Kostnad: 5 miljoner kr per år

MOTIV

I Sverige har sedan många år pensionärsföreningar i egen regi regelbundet samlat in data om priser på olika baslivsmedel och via dagspress och på annat sätt publicerat dessa data och jämförelser över tid. I dag är många av de större konsumentorganisationerna involverade i frågor som rör bl a matreklam riktad till barn och dessa organisationer vill se en begränsning av marknadsföringen. Konsumentorganisationer är viktiga aktörer för att bevaka alla de olika strategier livsmedelsindustrin använder sig av för att marknadsföra sina produkter, väcka debatt om dessa strategier samt fånga upp attityder bland befolkningen.

Denna insats innebär att intresserade konsumentorganisationer kan söka bidrag för att på ett strukturerat sätt samla in representativa data vad gäller olika aspekter på marknadsföring och försäljning av läskedrycker, godis, snacks och konditoriprodukter men också av frukt och grönsaker. I sådana undersökningar kan ingå uppgifter kring marknadsföring av livsmedel med hjälp av leksaker och roliga förpackningar; kampanjer inkl. lockpriser och mängdrabatter för läsk, godis, snacks, glass och bakverk; förpackningsstorlekar, prisangivelser och jämförpriser; förändringar i portionsstorlekar av läsk, godis, snacks, glass och bakverk samt placering av dessa produkter i butikerna. Att kontinuerligt bevaka det stora område som marknadsföring av mat riktad till barn innebär kräver resurser, vilket konsumentorganisationerna idag saknar. För att effektivt kunna bedriva ett opinionsbildande arbete behöver de svenska konsumentorganisationerna mer resurser.

Även föräldraföreningar kan genom konsumentorganisationerna få tillfälle att uttrycka sina synpunkter. Konsumentföreningen Stockholm har nyligen startat en föräldrajury som bl a uttryckt synpunkter på matreklam till barn (17).

Som ett exempel på hur konsumentorganisationer arbetar utomlands kan nämnas den amerikanska konsumentorganisationen Commercial Alert som nyligen har tagit fram en "Parents' Bill of Rights". I denna kräver de bl a att föräldrar ska ha möjlighet att genom TV och radio kommunicera direkt med annonsörerna, att företagen öppet ska redovisa vilka reklambyråer de använder och vem som gjort marknadsundersökningarna. Vidare vill man ha öppen redo-

visning av produktplaceringar (18) samt kontroll över hur personuppgifter om barn används i kommersiella sammanhang.

Ett annat exempel är the Parents' Jury i Storbritannien, koordinerad av the Food Commission, som med sina 1 700 medlemmar kontinuerligt bevakar industrins olika tillvägagångssätt för att nå barn med kommersiella budskap och brännmärker näringsmässigt undermåliga produkter och försäljningsknep (19).

INSATS 35

Material om marknadsföring av livsmedel i relation till hälsa riktad till ungdomar bör tas fram.

Aktör: Konsumentverket i samarbete med Statens folkhälsoinstitut

Kostnad: 500 000 kr

MOTIV

Barn förfogar över stora summor egna pengar. Den genomsnittliga månadspengen för 13-, 14-, 15-, 16- och 17-åringar är 360 kronor respektive 450, 580, 780, 950 kr, förutom de extra pengar som många ungdomar får av sina föräldrar (20). Ungdomar är alltså mycket köpstarka konsumenter och har också stort inflytande över sina föräldrars köpvanor. Konsumentverket anser att det är nödvändigt att barn och ungdomar blir medvetna om den påverkan de utsätts för och att det finns alternativa informationskällor. Då kan de utveckla ett eget förhållningssätt till marknadsföring och konsumtion (21).

Som ett led i att stärka ungdomar i deras roll som konsumenter och underlätta för dem att tänka kritiskt med avseende på reklam behövs ett material som synliggör reklamens syften. Materialet skulle kunna bli användbart bl a inom grundskola och gymnasium och utformas som en lärarhandledning med högstadie- och gymnasieelever som målgrupp. Som förebild kan ses "Trix och Trender i reklamen", lärarhandledningsmaterialet framtaget av Konsumentverket 1999. Ett annat exempel är handledningsmaterialet "Tillsammans – mot tobak", framtaget av A non smoking generation som del av projektet "Tobakspreventivt flerkomponentsprogram".

Det nya materialet skulle vara inriktat på kopplingen mellan reklam och levnadsvanor/hälsa där reklamaspекter på tobak, alkohol och spel kan läggas till. Framtagningen av materialet bör ske i nära dialog med Statens folkhälsoinstitutet. Materialet bör omfattas av en spridningsstrategi.

INSATS 36

Kommuner och skolor bör anta en sponsringspolicy för livsmedel. Som utgångspunkt bör användas vägledningen framtagen av Konsumentverket, Skolverket och Svenska Kommunförbundet.

Aktör: Kommuner och skolor

MOTIV

Sponsring innebär ett kommersiellt samarbete mellan en skola och ett företag. Enligt en undersökning av Lärarförbundet, utförd i slutet av 1990-talet, hade 60 procent av grundskolorna sponsrats av företag eller organisationer. Majoriteten av lärarna i undersökningen skulle kunna tänka sig att tacka ja till ett sponsringserbjudande under förutsättning att sponsorn inte påverkade innehållet i undervisningen (22). Danisco Sugar är ett exempel på företag som har producerat studiematerial för låg- och mellanstadiet i form av en seriebok om hur man gör socker. Den stora omfattningen av sponsring i amerikanska skolor av läskedrycksfabrikanter, snabbmatskedjor och stora livsmedelskedjor och effekterna på elevernas matval är väl dokumenterade (23–24). De stora nedskärningarna i svenska skolor ökar risken för sponsring av livsmedelsproducenter i skolorna, en utveckling som kan ge fel signaler till barn och ungdomar och leda till försämrade matvanor.

Inställningen till sponsring i skolan varierar något. Lärarförbundet anser att det inte principiellt är fel att ta emot bidrag, men sponsringen får inte förknippas med villkor och skolan får aldrig komma i beroendeställning. Riksförbundet Hem och Skola anser att skolan är på väg att bli en marknadsplats och tycker det finns en aningslöshet från skolans sida, som kan bero på bristen på läromedel och resurser. Förbundet vill verka för att etiska regler tas fram som kan hjälpa skolan att bedöma sponsringserbjudanden. Elevorganisationen, en intresseorganisation för Sveriges skolelever, är i princip emot sponsring, framför allt till att sponsring behövs. Den främsta anledningen är att alla skolor ska ha samma ekonomiska villkor och att skolans roll som opartisk förmedlare av kunskap är mycket viktig. Det är särskilt allvarligt när sponsringen riktar sig till mindre barn. Lärarnas Riksförbund är positiva till sponsring så länge den inte är tvingande. Sponsring får inte bli en nödvändig del av finansieringen (22).

Sponsring i skolor ökar i omfattning och såväl sponsringens former som metoder förändras ständigt, vilket ställer större krav på både avsändare och mottagare. Barn i grundskolan har skolplikt och saknar således möjlighet att välja bort den påverkan som sponsring innebär. I dag finns inget i lagstiftningen som uttryckligen förbjuder sponsring av skolverksamhet.

Konsumentverket har i samarbete med Skolverket och Svenska Kommunförbundet tagit fram en vägledning för utveckling av en policy för kommersiellt samarbete mellan skola och näringsliv (25). I vägledningen ges förslag på vad en sponsringspolicy bör innehålla, besluten om policyn samt de olika regelverken.

En viktig del av bedömningen av ett sponsorerbjudande är den etiska delen. Företagets verksamhet bör inte omfatta produkter som är oförenliga med skolans värdegrund. Här kan onyttig mat identifieras som en produkt för vilken ingen sponsring får ske. Det är av central betydelse att policyn är känd hos både skola och näringsliv och att den sprids till elever och föräldrar.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 37

Regeringen bör utveckla en form för dialog med livsmedelssektorns olika branschorganisationer inom produktion, distribution, handel och restaurangnäringen för att diskutera hur livsmedelsbranschen kan bidra med olika åtgärder till gagn för folkhälsan. Målet kan vara en frivillig överenskommelse om etisk kod för främjande av goda matvanor.

Aktör: Regeringen i samarbete med Konsumentverket, Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut

MOTIV

Livsmedelsbranschen är en av den viktigaste aktörerna när det gäller att verka för goda matvanor. Den är både en del av problemet med ohälsosamma matvanor och en del av lösningen för goda matvanor. Vid de hearingar som hållits under året med anledning av detta uppdrag, i andra handlingsplaner och i WHO's globala strategi för mat, fysisk aktivitet och hälsa kommer betydelsen av att livsmedelsbranschen tar sitt ansvar för folkhälsan tydligt fram tydligt. Många konkreta förslag har också kommit fram som exempelvis:

- Utveckla hälsosamma produkter baserade på frukt och grönt.
- Utveckla konsumentvänliga förpackningar med frukt, grönsaker och fullkornsbröd.
- Utveckla sortimentet av livsmedel, färdigmat, måltider och mellanmål som kan uppfylla kriterierna för nyckelhålet.
- Se över priset på nyckelhålmärkta livsmedel i förhållande till liknande icke nyckelhålmärkta produkter.
- Marknadsför nyckelhålmärkta livsmedel.
- Ange pris i kr/kg i stället för per 100 gram (exempelvis lösviktsgodis).
- Arbeta för att öka förekomsten av nyckelhålmärkta alternativ på matserveringar.
- Erbjud grönsaker till alla måltider på restaurang.
- Se över placering av olika livsmedelsgrupper i butik ur ett hälsoperspektiv, speciellt rörande barn.

- Ta bort specialerbjudanden på läsk, godis, glass, snacks och bakverk som lockar till inköp eller till inköp av stora kvantiteter, typ t ex ”ta tre betala för två”, storlek på påsar och skopor etc.
- Minska portionsstorlekarna på glass, godis, läsk, snacks och bakverk.

Livsmedelsbranschen bör arbeta med dessa frågor och inom sina egna led ta fram åtgärdsförslag och policydokument. För att få större genomslagskraft bör en etisk uppförandekod tas fram, som anger utgångspunkten för respektive aktörs agerande. Producenter och handeln bör överväga möjligheten att arbeta fram en gemensam etisk kod vad gäller utbud, tillgänglighet och marknadsföring. För att stimulera ett sådant arbete föreslås att regeringen utvecklar en form av dialog med livsmedelsbranschens olika aktörer där rapporter kan lämnas om hur arbetet fortskrider och förslag presenteras på fortsatta aktiviteter. Formerna för denna dialog kan bestå av årliga möten genom överläggningar med vissa branscher eller med enskilda företag. Som utgångspunkt för dessa diskussioner ska ligga officiellt insamlade uppgifter om försäljningsvolym, priser, marknadsföring m m.

Liknande former av diskussioner/dialoger med livsmedelsbranschen hålls bl a av WHO och Food Standards Agency i Storbritannien. Som ett exempel på frivilliga åtaganden kan nämnas att the Cooperative Group i Storbritannien tagit bort alla barnfigurer från egna varumärken som innehåller mycket fett, salt eller socker. EURO COOP, där bl a KF ingår, uppmuntrar livsmedelsindustrin att i en större skala genomföra liknande åtgärder.

Referenser

1. SIFO. Reklammetningar, på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut; 2004.
2. Media Management Scandinavia. Tittardata, på uppdrag av Statens folkhälsoinstitut.
3. MD 2000:14 KO ./. Quaker Oats Europe Inc. USA Sverigefilial och TV4 AB.
4. Bjurström E. Barn och TV-reklam. Stockholm: Konsumentverket; 1993.
5. Schmitz K, Jeffery R. Prevention of Obesity. I: Wadden TA, Stunkard AJ, red. Handbook of obesity treatment. New York: Guilford Press; 2002.
6. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. World Health Organization Technical Report Series 916.
7. Hastings G, Stead M, McDermott L. Review of research on the effects of food promotion to children. England: Food Standards Agency; 2003. Final Report. www.csm.strath.ac.uk.
8. UK Department of Health. Choosing Health: making healthier choices easier. Public Health White Paper. 2004-11-16: NHS & UK Department of Health; 2004.
9. BCI. Children's Advertising Code. Broadcasting Commission of Ireland; 2004. http://www.bci.ie/publications/childrens_code_oct_04.pdf.
10. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. World Health Organization; 2004 May. WHA57 17, 22.
11. WHO. Marketing Food to Children: the Global Regulatory Environment. World Health Organization; 2004.
12. SKOP. 2001 opinionsundersökning på uppdrag av Sveriges Konsumentråd. Stockholm: 2001.
13. International Chamber of Commerce – Sverige. ICC:s riktlinjer för ansvarsfull reklam för mat och dryck. <http://www.iccsweden.se/policy/marknad/koder/food.htm>.
14. International Association of Consumer Food Organizations. Broadcasting bad health. Why food marketing to children needs to be controlled. By the International Association of Consumer Food Organizations for the World Health Organization consultation on a global strategy for diet and health; 2003.
15. Consumers International. A spoonful of sugar. Television food advertising aimed at children: an international comparative survey. Consumers International; 1996 Nov.
16. Trans Atlantic Consumer Dialogue. Resolution on Food Advertising & Marketing to children. 2004 Jan. Doc No. Food-23-04.
17. Konsumentföreningen Stockholm. www.konsumentforeningenstockholm.se.
18. Commercial Alert. Home Page. från www.commercialalert.org.

19. The Parents' Jury, The Food Commission. Home Page.
www.foodcomm.org.uk/parents_jury.htm & www.parentsjury.org/.
20. FöreningsSparbanken. Tonåringarna och deras pengar. Stockholm: Institutet för Privatekonomi; 2003.
21. Jordbruksdepartementet. Den framtida konsumentpolitiken – ett underlag till en ny konsumentpolitisk strategi 2006. 2004. Ds 2004:51.
22. Nordiska ministerrådet. Sponsring i skolan. En undersökning av kommersiella aktiviteter i nordiska skolor och förslag till vägledning för skolans bedömning av sponsringserbjudanden. 2000. Tema Nord 2000:522.
23. Nestlé M. Food Politics: How the food industry influences nutrition and health. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 2002.
24. Brownell K, Horgen K. Food Fight. New York: Contemporary Books. 2004.
25. Konsumentverket. Sponsring i skolan. Vägledning för utarbetande av lokal policy för sponsring. Stockholm: Konsumentverket; 2004.

Livsmedelspolitik

Livsmedelspolitiken syftar till att med olika styrinstrument åstadkomma en ekologisk, ekonomiskt och socialt hållbar livsmedelsproduktion. Politiken syftar även till att nå målet om en säker och konkurrenskraftig jordbruksproduktion som styrs av konsumenternas efterfrågan och bidrar till global livsmedelsförsörjning. Den svenska livsmedelspolitiken, som inkluderar jordbrukspolitiken, är i hög grad styrd av regleringar inom EU. Folkhälsan ska främjas inom alla EUs politikområden, vilket uttrycks genom artikel 152 i EUs grundfördrag (1). I konsekvens med detta föreslås i detta uppdrag ett mål för jordbrukspolitiken som lyder ”Jordbrukspolitiken ska främja folkhälsan”. EUs jordbrukspolitik har också stor betydelse, inte minst för prisbildningen inom flera av de aktuella sortimenten.

Inom detta politikområde finns frågor som livsmedelstillsyn, märkning av livsmedel samt mer utåtriktat och stödjande arbete med att främja goda matvanor såsom riktlinjer för bra mat, kost- och hälsoinformation och fortbildning. Detta är områden som direkt eller indirekt berör konsumentens möjligheter att välja hälsosamma livsmedel. Dessutom ingår insamling av konsumtionsdata som är en förutsättning för arbetet med goda matvanor.

INSATS 38

Folkhälsokonsekvenser ska bedömas och beaktas vid relevanta internationella förhandlingar och i synnerhet vid förändringar av EUs jordbrukspolitik. Effekter av produktionsdrivande jordbruksstöd ska särskilt beaktas.

Aktör: Regeringen

MOTIV

De främsta riskfaktorerna för folksjukdomar i Europa såsom rökning, förhöjt blodtryck, alkoholkonsumtion, förhöjt blodkolesterol, övervikt samt ett lågt intag av frukt och grönsaker (2) är kopplade till konsumtion av jordbruksprodukter. EUs jordbrukspolitik (CAP) reglerar både produktion, pris och till viss del marknadsföringen av mat, dvs både utbud, tillgänglighet och efterfrågan, som alla är viktiga bestämningsfaktorer för matvanor. Det är därför viktigt att reformer av CAP blir föremål för hälsokonsekvensbedömning innan beslut om nya reformer fattas, vilket också skulle innebära att intentionerna i EU-grundfördragets artikel 152 efterlevs. Enda sättet att analysera om hälsan beaktas inom alla politikområden är att genomföra hälsokonsekvensbedömningar.

Två kvalitativa hälsokonsekvensbedömningar har gjorts av CAP sedan Sveriges inträde i unionen 1995 (3–4). Båda analyserna studerade sektorerna frukt och grönsaker, mjölk, vin och tobak och det konstaterades att regleringar med negativa konsekvenser för folkhälsan alltså finns kvar. Medan miljöproblemen orsakade av jordbruket får stor uppmärksamhet, finns fortfarande låg medveten-

het kring CAPs negativa konsekvenser för folkhälsan. Detta aktualiserar behovet av kontinuerliga hälsokonsekvensbedömningar inför reformer av politiken, som oftast sker inom en eller flera produktgrupper samtidigt.

I reformen i juni 2003 frikopplades en stor del av jordbruksstödet, vilket innebär att stödet inte längre är länkat till produktionen (5). För folkhälsan viktiga sektorer undantogs dock helt eller delvis från reformen. Jordbrukspolitikens effekt på konsumentpriser gynnar inte folkhälsan (6). Priset på frukt och grönsaker hålls uppe med hjälp av återtagnsstöd och tullar på produkter från tredje land. Nötkött är kraftigt subventionerat och bidrar således till en hög köttkonsumtion, vilket innebär ett högre intag av mättat fett. Smörpriserna är subventionerade och skolmjölkstödet är 74 procent högre för fet mjölk jämfört med lättmjölk. Enligt Svensk Mjölk innebär detta en förskjutning mot mjölk med högre fetthalt. Enligt ”Riktlinjer för skolluncher” rekommenderas lättmjölk och vatten som måltidsdryck i skolan (7) och i ”Riktlinjer för måltider inom barnomsorgen” (8) rekommenderas mellanmjölk. På förskolan dricker 50 procent av fyraåringarna mellanmjölk, 29 procent standardmjölk och 1 procent lättmjölk. Bland skolbarn (8–11 år) dricker 64–70 procent mellanmjölk. Motsvarande siffror för standardmjölk och lättmjölk är 6–11 respektive 5 procent (9). Både feta mjölkprodukter och vin marknadsförs med pengar från EUs jordbruksbudget, dvs med skattepengar.

I EU diskuteras för närvarande en reform av marknadsordningen för frukt och grönsaker och för socker. EU-producerat socker är 3–4 gånger dyrare jämfört med världsmarknaden, vilket ur ett folkhälsoperspektiv snarast är en fördel. Men ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är användningen av jordbrukssubventioner till en onyttig produkt knappast rationellt. Sedan 1995 har det internationella sockerpriset varit på väg ner, huvudsakligen beroende på global överproduktion. EUs sockerreform innebär att exportsubventionerna minskar betydligt, att den inhemska sockerkvoten (hur mycket varje land får producera med ekonomiskt stöd) minskar, att intervention (uppköp av överskott) avskaffas och att sockerpriset faller med cirka 40 procent inom EU. Reformen i sockersektorn beskriver kärnan i den utmaning som jordbruket och folkhälsan står inför i framtiden.

INSATS 39

I EU-kommissionens kommande revidering av direktivet om näringsvärdesdeklaration bör Sverige arbeta för att näringsvärdesdeklarationer blir obligatoriska på alla färdigförpackade livsmedel och att dessa deklarationer även innefattar uppgifter om fettkvalitet, socker och salt (för alla relevanta produkter).

Aktör: Regeringen och Livsmedelsverket

MOTIV

Ingrediensförteckning och näringsvärdesdeklaration är viktiga redskap för att konsumenterna ska kunna göra medvetna val. Produktutveckling med nya produkter och ändrad sammansättning av traditionella produkter gör att näringsvärdesdeklarationen är ett viktigare hjälpmedel idag än tidigare. Ingrediensförteckning ska i princip alltid finnas på färdigförpackade livsmedel. För produkter avsedda för lösviktsförsäljning och till restaurang- och storhushållssektorn ska ingrediensförteckning finnas i t ex ett handelsdokument. Näringsvärdesdeklaration (uppgifter om energi, fett, protein och kolhydrater) är idag frivillig men när den finns är den inte sällan svår att förstå. Uppgift om socker (som ska anges som ”kolhydrat varav sockerarter”) samt natrium (salt) finns mera sällan.

Näringsvärdesdeklaration kan fungera som stöd och information till konsumenten. Det krävs dock ganska stor kunskap för att kunna tolka denna typ av information och göra den användbar. Undersökningar visar att många som läser näringsvärdesdeklarationerna har svårt att förstå dem (10). Enligt en nordisk konsumentundersökning ville 79 procent av de tillfrågade ha obligatorisk näringsvärdesdeklaration (10). De vill dessutom att den ska vara läsbar och lättförståelig. Amerikanska studier visar att en betydande andel av konsumenterna använder näringsvärdesdeklarationen (11) och att den kan påverka deras livsmedelsval (12–13). Men den kan även komma de som inte läser märkningen till godo. Sedan den obligatoriska märkningen infördes i USA har företagen utvecklat många fler produkter med lägre innehåll av de näringsämnen vi bör äta mindre av (14–15). Dessa erfarenheter stämmer med svenska förhållanden när det gäller nyckelhålsmärkningen. Denna har också stimulerat en produktutveckling av magrare och mer fiberrika produkter. Amerikanska studier tyder vidare på att obligatorisk märkning av livsmedel kan vara kostnadseffektivt från hälsosynpunkt (16).

I ett nordiskt projekt drog man följande slutsatser gällande näringsvärdesdeklarationer på livsmedel: de skulle vara obligatoriska, standardiserade, följa en obligatorisk lista av näringsämnen angivna per 100 gram och per portion samt att ett enkelt system för vägledning om produktens ”närlingsriktighet” skulle utvecklas och testas. Däremot skulle inte uppgifter om rekommenderat dagligt intag (RDI) användas då det ansågs för komplicerat (10).

Inom EU har ett arbete inletts med att revidera reglerna om nuvarande näringsvärdesdeklarationer från 1990 (17). Ett första förslag väntas komma i början av 2005. Sverige bör aktivt verka för att märkningen blir obligatorisk och förutom energi, protein, fett och kolhydrater också inkluderar salt, socker samt mättat fett och transfett (för alla relevanta produkter). Undantag eller särskilda regler för vissa produktkategorier kan dock behöva diskuteras. Det är också viktigt att arbeta för att deklarationerna blir lättlästa och tydliga. Vidare bör Sverige sträva efter att frågan utreds om hur dessa regler kan tillämpas även vid lösviktsförsäljning samt i restauranger och andra serveringar.

INSATS 40

Det bör uredas hur kost- och hälsofrågor kan inkluderas i myndigheternas arbete för säkra livsmedel samt hur livsmedelstillsyn kan bedrivas avseende näringsmässiga aspekter. Åtgärderna skulle kunna knytas till företagens egenkontrollprogram.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Tillsynsmyndigheten (i första hand kommunens miljö- och hälsoskyddsnämnd, i vissa fall Livsmedelsverket) kontrollerar att livsmedelsföretagen lever upp till kraven i livsmedelslagstiftningen. Därför har tillsynsmyndigheten rätt att få tillträde till livsmedelslokaler för inspektion och provtagning. Myndigheten har också rätt att på begäran få de upplysningar och handlingar som behövs för tillsynen.

Ett system för egentillsyn ska finnas hos livsmedelsföretagen för att säkerställa att kraven i livsmedelslagstiftningen uppfylls. Egentillsynen ska dokumenteras i ett egenkontrollprogram. Egentillsynen är därigenom ett verktyg för livsmedelsföretagen att styra sin produktion till en säker produkt för kunden. Rent principiellt innebär detta att företagaren systematiskt går igenom sin verksamhet, upprättar ett system och följer det för att undvika och begränsa att livsmedel framställs med dålig kvalitet eller att de gör människor sjuka.

I överläggningarna med branschen under 2003 för en rapport till jordbruksministern framkom att vissa företag och branschorgan har utarbetat olika former av policydokument som antingen är mer allmänt hållna kring nutrition och folkhälsa eller direkt riktade mot överviktsproblematiken. Dessa satsningar har från företagens sida bedömts som ett positivt och konstruktivt sätt att arbeta. Vi föreslår att man bygger på denna princip och utreder om företagen kan åläggas någon form av handlingsplan och kanske även hälsokonsekvensbedömningar inom ramen för egentillsynen.

Hittills har det inte varit möjligt att lägga in näringsaspekter i tillsynsarbetet, med undantag av kontroll av märkningsuppgifter och vissa orienterande undersökningar av fettinnehåll med mera i nyckelhålmärkta lunchrätter, dvs på de få områden där det finns föreskrifter. Utredningen får fastställa i vad mån det finns möjlighet att inkludera ytterligare nutritionsaspekter i det framtida livsmedels-säkerhetsarbetet.

Förslaget att utnyttja den offentliga livsmedelstillsynen torde sakna internationell motsvarighet och kan förmodas väcka uppmärksamhet inom EU.

INSATS 41

Förutsättningarna för att ställa krav på berörda arbetsgivare att relevant personal har nödvändiga kunskaper i basala mat- och hälsofrågor bör utredas.

Aktör: Livsmedelsverket

MOTIV

Angelägen kunskap kan vara att berörd personal i serveringar kan göra enkla näringsvärdesberäkningar inklusive beräkna fettenergi procent, butikspersonal kan redogöra för principerna bakom nyckelhålmärkning eller att personal i produktionen har kännedom om hälsoeffekter av olika fetttyper.

En viktig fråga är kunskap och attityder hos berörda inom hela livsmedelssektorn, från styrelseledamöter till serveringspersonal inom snabbmatskedjorna. Utbildningsbehovet är stort, men det förtjänar att påpekas att en hel del sker i branschernas egen regi. Bland konkreta problem kan nämnas viss restaurangpersonals rent negativa attityd samt påtagliga problem med bristande nutritions-kunskap, exempelvis när det gäller att näringsberäkna måltider.

Med anledning härav kan det finnas skäl att utarbeta en ”baskurs” med några olika profiler samt att uppmana branscherna att på olika sätt verka för utbildning inom sina medlemsorganisationer. Man bör vidare undersöka om det i livsmedelslagstiftningen är möjligt att ställa krav på kompetens inom nutritionsområdet, t ex att kunna beräkna energi- och fettinnehållet i en serverad portion. Motsvarande krav finns idag beträffande livsmedelshygien.

Utredningen av denna insats skulle kunna kopplas till en utredning som regeringen aviserat beträffande kompetensbevis (”körkort”) med avseende på hygieniska kriterier.

INSATS 42

Livsmedelsutbud, livsmedelspriser och marknadsföring för vissa livsmedelsgrupper (frukt, grönsaker, nyckelhålmärkta livsmedel, godis, snacks, sötade drycker, bakverk och glass) ska årligen sammanställas och publiceras i Statistisk Årsbok.

Aktör: Jordbruksverket i samarbete med Statistiska centralbyrån

MOTIV

Jordbruksverket svarar sedan början av 1940-talet för beräkningar av livsmedelskonsumtionen i landet samt av kostens näringsinnehåll. Beräkningarna ingår som en integrerad del i Statistiska centralbyråns nationalräkenskaper av den totala konsumtionen i landet. Konsumtionsberäkningarna redovisas som direkt- och totalkonsumtion av livsmedel samt som näringsinnehåll i kosten och utförs av Livsmedelsverket, utifrån Jordbruksverkets beräkningar av de konsumerade kvantiteterna.

Med direktkonsumtion avses de totala leveranserna av livsmedel till enskilda hushåll och storhushåll samt producenternas hemmaförbrukning, den s k naturakonsumtionen. Direktkonsumtionen av olika livsmedel anges i såväl mängd och som näringsinnehåll i kosten. Konsumerade mängder redovisas så långt det är möjligt i den form produkterna når konsumenten, dvs som jordbruksprodukter (råvaror), halvfabrikat, konserver, djupfrysta varor, färdiglagad mat och motsvarande. Beräkningarna av konsumerade mängder baseras på ett flertal källor och för många av de redovisade varugrupperna kombineras flera källor för att nå slutresultatet. Från Statistiska centralbyrån hämtas exempelvis uppgifter över produktionen av förädlade livsmedelsprodukter. Totalkonsumtion anger den totala åtgången av olika råvaror för humankonsumtion.

De statistiska uppgifter, som Jordbruksverket årligen publicerar, räcker inte för att följa konsumtionsförändringar vad gäller sötade drycker, olika typer av konfektyrvaror, snacks och konditoriprodukter m fl socker- och fettrika produkter i olika grupper av befolkningen. Även när det gäller konsumtionen av frukt, rot-saker och grönsaker behövs sannolikt en högre detaljeringsgrad än den som nu publiceras. Här kompliceras statistiken av egenproduktion av främst frukt och bär.

Det finns således behov av statistiska uppgifter med högre detaljeringsgrad och Jordbruksverket bör få i uppdrag att tillsammans med Statistiska centralbyrån samt berörda kommersiella organisationer utarbeta en metod för denna datainsamling samt att därefter svara för en årlig rapportering.

INSATS 43

Arbetet med tillämpningen av nyckelhålsmärkning ska intensifieras, i synnerhet vad gäller märkning av måltider och tillsynen av denna inom restaurang och storhushållssektorn.

Aktör: Livsmedelsverket

MOTIV

Symbolmärkning med nyckelhålet har funnits sedan 1989. Symbolen är Livsmedelsverkets varumärke och märkning med nyckelhålet har hittills indikerat låg fetthalt och/eller hög halt av kostfiber. Syftet med den nuvarande nyckelhålsmärkningen på färdigförpackade produkter är att ge konsumenten vägledning vad gäller magra och fiberrika livsmedel. Symbolen fungerar som en enkel signal om nyttigare livsmedel och valet av nyckelhålsmärkta produkter ska kunna bidra till goda matvanor och god hälsa.

Livsmedelsverket har under hösten 2004 föreslagit en revidering av villkoren för att få använda nyckelhålet på färdigförpackade livsmedel (18). I förslaget, som är ute för notifiering inom EU, föreslås att även naturligt magra samt fiberrika produkter ska kunna märkas, dvs kött samt frukt, bär, grönsaker, rotfrukter och potatis. Märkningen föreslås även för magra och feta fiskar. Dessutom föreslås att kriterierna för fett och kostfiber för vissa livsmedelsgrupper ska skärpas och att kriterier för socker och salt införs för vissa livsmedelsgrupper. Nyckelhålet kommer därmed att ge en signal om vilka livsmedel som man bör äta mer av. Studier har visat att symbolen är välkänd bland konsumenter och kan ha visst inflytande över livsmedelsval (19–20).

Maträtter, som serveras på restaurang, får idag märkas med nyckelhål om de uppfyller vissa kriterier vad gäller fetthalt och livsmedelskomponenter. Symbolen används alltmer idag, men kontrollen är tyvärr otillfredsställande. Utbudet på restauranger förändras ständigt och det blir allt vanligare med menyer som inkluderar även dryck, samt med bufféer. Förutom själva maträtten som serveras, påverkas den näringsmässiga kvaliteten i måltiden av tillbehören, dvs sallad, dressing, bröd, typ av matfett och vilken dryck man väljer. Livsmedelsverket har för avsikt att snarast se över kriterierna för nyckelhålsmärkning av maträtter och måltider i storhushåll, dvs serveringar, restauranger och snabbmatsställen. Tillsynen av märkningen kommer särskilt att beaktas.

Om förslaget till nya villkor för nyckelhålsmärkning accepteras av medlemsländerna inom EU, kommer ett aktivt implementeringsarbete vad gäller det nya nyckelhålet på livsmedel i butiker och inom storhushållssektorn att få hög prioritet.

I Storbritannien har myndigheterna nyligen föreslagit att man ska införa ett signalsystem på livsmedlen. Regeringen vill tillsammans med industrin utveckla bättre nutritionsinformation på förpackad mat och även introducera ett märknings-system som ska vägleda konsumenten till hälsosamma val. Antingen ska de främ-

sta näringsämnen kombineras i en enda signal eller så ska man ge separat information för fett, mättat fett, socker och salt i ett signalsystem med grönt, gult eller rött. Till sommaren 2005 ska de brittiska myndigheterna ha arbetat fram systemet som ska träda i kraft 2006. Ett liknande svenskt förslag presenterades i en statlig utredning redan 1984 (21).

INSATS 44

Nationellt representativa, rullande kostundersökningar ska utföras så att olika åldersgrupper följs upp vart tionde år. Dessa undersökningar ska även innehålla validerade frågor om fysisk aktivitet och kroppsvikt. Undersökningarna ska kompletteras med riktade studier i olika befolkningsgrupper (avseende etnicitet, socioekonomi, kön) och särskilda studier av vissa livsmedelsgrupper.

Aktör: Livsmedelsverket

Kostnad: 3 miljoner kronor per år

MOTIV

Information om hur olika grupper i befolkningen äter, hur deras matvanor förändras, hur deras näringsintag stämmer överens med näringsrekommendationerna samt deras grad av fysisk aktivitet är helt avgörande för allt folkhälsoarbete inriktat mot goda matvanor och ökad fysisk aktivitet. Utan sådan kunskap är det omöjligt att identifiera bestämningsfaktorer och riskgrupper, att utvärdera och följa upp folkhälsoarbete samt att föreslå riktade insatser. Kunskap om näringsintaget hos olika befolkningsgrupper ligger också till grund för beräkning av livsmedel med näringsämnen samt för riskvärdering och gränsvärden av olika främmande ämnen i livsmedel. Regelbundna kostundersökningar, som inkluderar frågor om fysisk aktivitet, är alltså helt avgörande för implementering och uppföljning av en nationell handlingsplan för goda matvanor och fysisk aktivitet och för att få kunskaper om orsakerna bakom fetmautvecklingen. Detta är något som också påpekas tydligt av WHO (22) och i andra länders handlingsplaner (23–24).

I Sverige har två nationella kostundersökningar utförts, en 1988/89 på personer i åldern 1–74 år (25) och en 1996/97 på personer i åldern 18–74 år (26). Under 2003 utfördes ytterligare en på barn i åldern 4, 8 och 11 år (9). Nationella kostundersökningar utförs inte på ett systematiskt och planerat sätt i Sverige. Detta leder till att det inte finns kompletta och uppdaterade konsumtionsdata samt att det är omöjligt att utveckla metodiken för stora kostundersökningar på befolkningsnivå samt de näringsdata i livsmedel, som behövs för att analysera resul-

taten. Nationella kostundersökningar borde utföras kontinuerligt att olika åldersgrupper följs upp vart tionde år.

Förutom att utföra representativa generella kostundersökningar behövs mer riktade kostundersökningar för att särskilt belysa vissa frågeställningar. Det kan gälla matvanor och näringsintag i vissa befolkningsgrupper såsom vissa socio-ekonomiska och etniska grupper. I ett nationellt urval blir det oftast för få personer i vissa grupper, vilket gör dem för små för att kunna studeras. För sådana studier behövs ett särskilt urval och ibland särskild metodik. Kunskapen om att det råder stor ojämlikhet i hälsa och i förekomsten av övervikt gör det särskilt viktigt att kunna utföra denna typ av kostundersökningar.

INSATS 45

Information om goda matvanor och fysisk aktivitet ska utvecklas, utökas och göras mera tillgänglig för olika yrkesgrupper (vidareinformatörer).

Aktör: Livsmedelsverket (kostråd), Statens folkhälsoinstitut (fysisk aktivitet)

Kostnad: 20 miljoner över 3 år, därefter 1,5 miljoner årligen

MOTIV

I en kartläggning av hälsoinformation om mat i Sverige (27, bilaga 14) framkom att efterfrågan är stor bland vidareinformatörer såsom hem- och konsumentkunskapslärare, skolsköterskor, barnhälsovårdssköterskor, lärare i idrott och hälsa, dietister, ansvariga för skol- och fritidshemsmåltider, journalister och nutritionister. Dessa yrkesgrupper upplever att det råder brist på producentobunden hälsoinformation.

Livsmedelsverket har en relativt omfattande hälsoinformation om bra matvanor i pappersform (broschyrer, faktablad, böcker) och på sin webbplats. Det mesta riktar sig till vidareinformatörer, men det finns även information till allmänheten. Materialet är dock inte heltäckande och tillräckligt utan det finns stora behov av både mer information och mer detaljerad information.

Förutom Livsmedelsverket har myndigheter som Konsumentverket och Socialstyrelsen ansvar för frågor som berör matvanor och hälsa samt viss information till allmänheten och vidareinformatörer om dessa frågor. Statens folkhälsoinstitut har ett sektorsansvar för fysisk aktivitet, dock inte för information riktad till allmänheten. Hälsoinformation om fysisk aktivitet riktad till yrkesgrupper inom vården har utförts genom boken "Fysisk Aktivitet vid Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling" (FYSS) (28) som har gjorts på uppdrag av FHI.

På regionnivå är en del landsting aktiva i kost- och hälsofrågor. Centrum för tillämpad näringslära (CTN) vid den samhällsmedicinska enheten i Stockholms läns landsting har under flera decennier arbetat med att ta fram strategier, metoder

och material för att främja bra matvanor hos invånarna i länet via vidareinformatörer.

Information om mat och hälsa förmedlas dessutom av en lång rad organisationer och föreningar. Som exempel kan nämnas hushållningssällskapen. Lokala, regionala och ideella aktörer är viktiga och har en stor potential eftersom de på ett annat sätt än myndigheterna når konsumenten och ibland även i målgruppsanpassad och mera tillgänglig form.

Vidareinformatörer och konsumenter förlitar sig i brist på annat på producentbunden information. Den distribueras ofta fritt och i stora upplagor till vidareinformatörer, exempelvis från Mjolkfrämjandet "Mjölkspegeln", Cerealia "C", Svensk Köttinformation "Svenskt Kött" och Danisco Sugar "Perspektiv". Swedish Meats, Cerealia och Danisco Sugar lägger ned 3–4 miljoner kr årligen vardera på dessa material.

INSATS 46

Ett nationellt program ska utvecklas för fortbildning/vidareutbildning/kompletterande utbildning av berörd personal inom olika verksamhetsområden, såsom vård, skola, omsorg och livsmedelssektorn. Detta program ska omfatta dels en gemensam kunskapsbas vad gäller mat – fysisk aktivitet – hälsa, dels ett antal målgruppsanpassade tillämpningar som vänder sig till specifika yrkesgrupper.

Aktör: Livsmedelsverket i samarbete med högskolor/universitet, berörda yrkesgruppers organisationer

Kostnad: 2 miljoner per år i 3 år, därefter 500 000 per år i 5 år

MOTIV

Kurser om mat, fysisk aktivitet och hälsa borde ingå som obligatoriska moment i grundutbildningarna som leder till yrken inom vård, skola och omsorg samt livsmedelssektorn. Utförligare motiv för detta presenteras under Utbildningspolitik, insats 74. Innan detta har skett och med tanke på dem som är yrkesverksamma idag finns det ett stort behov av fortbildning. Det är viktigt att snabbt och massivt öka kompetensen så att dessa personalgrupper kan bli motiverade att arbeta med frågorna, förmedla kunskap och ha ett balanserat förhållningssätt till matvanor, fysisk aktivitet och hälsa. Dessa yrkesgrupper måste ha grundläggande kunskaper inom näringslära, dess praktiska tillämpning samt kunna kommunicera detta. Utbildningarna går att bygga som ett basprogram som passar de flesta berörda yrkesgrupper. Sedan kan ett antal påbyggnadsprogram utformas som passar för olika yrkesgrupper. Det finns idag åtskilliga tekniker att tillämpa, exempelvis webbaserade (29–30), för att öka kompetensen hos olika personalkategorier.

INSATS 47

Riktlinjer för maten på arbetsplatsen ska utarbetas, spridas och utvärderas.

Aktör: Livsmedelsverket i samarbete med fackliga organisationer, arbetsgivarorganisationer, Arbetsmiljöverket

Kostnad: 500 000 per år i 3 år

MOTIV

Människor som arbetar tillbringar en stor del av sin vakna tid på arbetsplatsen, vilket innebär att de flesta äter en huvudmåltid och ett eller flera mellanmål under arbetstid. Hunger, mättnad och sammansättningen av vad man äter påverkar vakenhet, reaktionsförmåga och koncentrationsförmåga (31). Matintaget under arbetstid är därför viktigt för såväl hälsan på kort och lång sikt som för arbetsprestationen. Forskning visar att brist på tillgänglig hälsosam mat på arbetet är en betydande faktor som påverkar hela dagens matintag (32).

Riktlinjer utarbetade och utgivna i samarbete mellan myndigheter och företrädare för arbetslivet kan fungera som stöd och råd om hur en arbetsplats bör utformas för att vara hälsofrämjande ur aspekten goda matvanor. De hälsofrämjande interventionsprogram som utförts på arbetsplatser har fokuserat på kostrådgivning och inte erbjudit hälsosamma måltider, medan fysisk aktivitet i praktiken alltid ingår i friskvårdsinterventioner (33). Riktlinjer skulle kunna stärka framtida arbetsplatsbaserade interventionsprogram. Att myndigheter och företrädare för arbetslivet tillsammans arbetar fram sådana riktlinjer kan också bidra till att öka engagemanget för dessa frågor hos arbetsmarknadens parter. Skola och barnomsorg har liknande riktlinjer som fungerar som stöd för måltidsverksamheten inom dessa verksamheter. Erfarenheter från skolan är att implementeringsarbetet efter framtagandet av riktlinjer är avgörande för att få god spridning och användning.

Den mat som serveras på lunchrestauranger och personalmatsalar är ofta dåligt anpassad till närings- och energibehoven. Den är vanligen för fet och energirik (34). Försäljningsautomater på arbetsplatser är oftast fyllda med salta, fettrika och söta produkter. Mat vid representation, konferens och kursverksamhet är inte heller anpassad till människors näringsbehov. Studier har visat att fri frukt på arbetsplatser leder till ökad fruktkonsumtion och minskad konsumtion av bakverk, särskilt hos män (35).

Riktlinjer skulle kunna inkludera rekommendationer om:

- Tillgång till fri frukt för alla anställda.
- Möjlighet att äta nyckelhålmärkta måltider på eller i nära anslutning till arbetsplatsen.
- Möjlighet att äta näringsriktiga mellanmål. Hälsosamt utbud i försäljningsautomater och varuställ.

- Kravspecifikationer vid upphandling och beställning av lunchverksamhet, representation, konferens och kursverksamhet.
- Utbildning i mat, fysisk aktivitet och hälsa för olika personalkategorier, exempelvis personalchefer och skyddsombud.

INSATS 48

Riktlinjer för alla måltider i förskolan, förskoleklassen, skolan och gymnasieskolan ska utarbetas, spridas och utvärderas.

Aktör: Livsmedelsverket i samarbete med relevanta myndigheter och representanter för berörda yrkesgrupper

Kostnad: 500 000 per år i två år för att utveckla och implementera riktlinjerna

MOTIV

Det finns i dag ”Riktlinjer för skolluncher” (7) och ”Riktlinjer för barnomsorgens måltider” (8). Det är inte känt hur många kommuner och skolor som följer dessa. Olika mindre studier visar att de flesta kostchefer på kommunnivå liksom entreprenörer känner till riktlinjerna och uppger att de är ett stort stöd och att de arbetar utifrån dem (36). Däremot verkar riktlinjerna vara mindre kända bland måltidspersonal ute i skolorna, bland skolledare och tjänstemän i kommunerna (36). En utveckling av riktlinjerna liksom mer utbildning och information om dem, både inom barnomsorgen och skolan för olika personalkategorier, efterfrågas. Särskilda avsnitt bör utvecklas för att ge stöd vid upphandling av måltidsverksamhet. Riktlinjer behöver omfatta även andra måltider än skollunchen för att ge råd om matsalsmiljö och förhållningssätt till matvanor och ätande vid olika tillfällen.

Betydelsen av att skolan serverar frukt bör inkluderas. Barn i årskurs 3 äter ungefär lika ofta eftermiddagens mellanmål i hemmet som i skolan (37). För elever i årskurs 5 är mellanmål i skolan ingen självklarhet. Om eleverna äter mellanmål består detta ofta av frukt (38). En kartläggning av landets högstadieskolor visar att över hälften av skolorna säljer läsk eller godis (39). Det vanligaste mellanmålet bland högstadieelever är chokladbollar och läsk (40). Försök på skolor med nyttiga mellanmål har visat att eleverna upplevde att detta gav dem ork och energi (40). Riktlinjer kan fungera som stöd för olika personalkategorier i skolan både när det gäller vad som ska serveras och saluföras i skolan och hur man ska förhålla sig vid olika måltidssituationer som exempelvis utflykter, fredagsmys och födelsedagsfirande.

Referenser

1. Europeiska kommissionen. Konsoliderade versioner av fördraget om Europeiska unionen och fördraget om upprättandet av Europeiska gemenskapen (2002/C 325/01). Europeiska gemenskapernas officiella tidning; Nr 45: 2002.
2. WHO. The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization; 2002.
3. Dahlgren G, Nordgren P, Whitehead M. Health impact assessment of the EU common agricultural policy. Stockholm: National Institutet of Public Health – Sweden; 1997. Rapport 1997:36.
4. Schäfer Elinder L. Public health aspects of the EU Common Agricultural Policy: Developments and recommendations for change in four sectors: Fruit and vegetables, dairy, wine and tobacco. Stockholm: National Institute of Public Health – Sweden; 2003. R 2003:18.
5. Council of the European Union. Council regulation establishing common rules for direct support schemes under the common agricultural policy and establishing certain support schemes for farmers and amending Regulations (EEC) No 2019/93, (EC) No 1452/2001, (EC) No 1453/2001, (EC) No 1454/2001, (EC) No 1868/94, (EC) No 1251/1999, (EC) No 1254/1999, (EC) No 1673/2000, (EC) No 2358/71 and (EC) 2529/2001. Bryssel; 2003.
6. Schäfer Elinder L. Folkhälsoaspekter på EU:s gemensamma jordbrukspolitik (CAP). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:4.
7. Riktlinjer för skolluncher – råd, tips och mängdtabeller. Livsmedelsverket, Centrum för Tillämpad näringslära, Hälsomålet, Stockholms läns landsting; 2001.
8. Riktlinjer för barnomsorgens måltider. Livsmedelsverket, Hälsomålet, Stockholms läns landsting och Svenska Kommunförbundet; 1996.
9. Becker W, Enghardt Barbieri H. Svenska barns matvanor 2003 – resultat från enkätfrågor. 2004. www.slv.se.
10. Nordic Council of Ministers. Food labelling: Nordic Consumers' Proposal for Improvements. A pan –Nordic survey of consumer behaviour and attitudes towards food labelling. TemaNord 2001:573.
11. Hawkes C. Nutrition labels and health claims: the global regulatory environment. WHO; 2004.
12. Parkwood Research Associates. Shopping for Health 1995: New Labels, Same Eating Habits? Washington (DC): Food Marketing Institute/Prevention Magazine; 1995.
13. ADA. 1995 Nutrition Trends Survey. American Dietetic Association; 1995 May.
14. Food Labeling for the 21st Century: A global Agenda for Action. Washington (DC): Centre for Science in the Public Interest; 1998. <http://www.cspinet.org/reports/coindex.html>.

15. Aldrich L. Consumer Use of Information: Implications for Food Policy. Washington (DC): United States Department of Agriculture, Economic Research Service-USDA; 1999: <http://www.ers.usda.gov/publications/ah715/>.
16. Zarkin GA, Dean N, Mauskopf JA, Williams R. Potential health benefits of nutritional label changes. *Am J Pub Health* 1993;83:717-24.
17. SLV. 90/496/EEG, SLVFS 1993:21 Livsmedelsverkets föreskrifter om näringsvärdesdeklarationer.
18. SLV. Förslaget om Nyckelhålet sänt till EU-kommissionen. Livsmedelsverkets föreskrifter om användning av viss symbol. www.livsmedelsverket.se.
19. Svederberg E, Asp N-G, Laser Reuterswärd A, Svensson L. Läser och förstår konsumenter texter och symbolmärkning om näring och hälsa på livsmedelsförpackningar? Pedagogiska rapporter nr 78, 2002.
20. Larsson I, Lissner L, Wilhelmsen L. The 'Green Keyhole' revisited: nutritional knowledge may influence food selection. *Eur J Clin Nutr* 1999 53:776-80.
21. 1983 års livsmedelskommitté: Rapport från expertgruppen för kost och hälsofrågor. Ds Jo 1984:9. Jordbruksdepartementet.
22. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: WHO; 2004. Endorsed by resolution WHA57.17.
23. Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère délégué à la santé. National Nutritional-Health Programme 2001–2005. République Française.
24. Ministry of Health. Healthy eating – healthy action: Oranga Kai – Oranga Pumai Implementation plan: 2004–2010. Wellington (NZ): Ministry of health; 2004. www.moh.govt.nz.
25. Becker W. Befolkningens kostvanor och näringsintag i Sverige 1989. Metod- och resultatanalys. Uppsala: Livsmedelsverket; 1994.
26. Becker W, Pearson M. Riksmaten 1997/98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Metod- och resultatanalys. Uppsala: Livsmedelsverket; 2002.
27. Callmer E. Hälsoinformation om mat i Sverige. Behov, kartläggning och visioner. På uppdrag av Statens Folkhälsoinstitut; 2004. (opublicerad)
28. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet. FYSS – Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut; 2003. Rapport nr 2003:44.
29. www.keymeal.com.
30. www.meny.se.
31. Byström M, Neely G, Landström U, Lennernäs M. Måltidens inverkan på vakenhet och prestation. Arbetslivsinstitutet; 2002. Arbetslivsrapport 2002:10.
32. Roos E, Sarlio-Lähteenkorva S, Lallukka T. Having lunch at a staff canteen is associated with recommended food habits. *Public Health Nutrition* 2004;7(1):53-61.

33. Källestål C (red), Bjurvald M, Menckel E, Schaerström A, Schelp L, Unge C. Hälsofrämjande arbete på arbetsplatser. Effekter av interventioner refererade i systematiska kunskapsöversikter och i svenska rapporter. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:32.
34. Friedl A, Callmer E. Dagens rätt i Sverige. Stockholms läns landsting, Samhällsmedicin, Centrum för Tillämpad näringslära; 2002. Rapport 22.
35. Münter D. Effekten af firmafrugt – oger tilbud om gratis frugt på arbejdspladsen det samlede forbrug af frugt blandt medarbejderne? Forskningsinstitut for human ernæring. Den Kgl. Veteriner- og Landhøjskole, Danmark, 2002.
36. Friedl A, Bonnevier H, Callmer E. Skolluncher i Stockholms län före och efter introduktion av Riktlinjer för skolluncher. Centrum för tillämpad näringslära, Samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2005. Rapport 35.
37. SLL, Centrum för tillämpad näringslära. Jälminger A-K, Marmur A, Callmer E. ”Min Matdagbok” – en matvaneundersökning bland barn i årskurs tre från områden med olika socioekonomiska förhållanden i Stockholms län. Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting; 2003. Rapport nr 27. www.sll.se.
38. Ulmander M. Mellanmål – vanor och attityder bland barn i årskurs 5. Examensarbete D 10p. Uppsala: Institutionen för Hushållsvetenskap, Uppsala universitet; 2002.
39. Sveriges Tandläkarförbund. Kartläggning av läsk- och godisförsäljning på skolorna 2004. www.tandlakarforbundet.se.
40. Jacobsson T. Rapport: Mellanmål i skolan. Ett pilotprojekt med mellanmålsförsök i grund- och gymnasieskolan. Svenska Storhushåll; 2004.

Miljöpolitik

Det övergripande målet för miljöpolitiken är att till nästa generation kunna lämna över ett samhälle där de stora miljöproblemen är lösta. Femton miljö kvalitetsmål, antagna av riksdagen 1999, anger vad som ska uppnås i ett generationsperspektiv och rör områden som klimat, hav, land och vatten. Miljöområdet är en viktig del i regeringens politik för hållbar utveckling. Miljöpolitiken omfattar bl a frågor rörande naturvården, där friluftsförhållanden betonas alltmer.

Naturvård, friluftsliv, fysisk aktivitet och hälsa hör nära samman. Friluftsliv innebär upplevelser och njutning och handlar om ett slags ”konsumtion” som ökar befolkningens välfärd och välbefinnande och som samtidigt stimulerar till ökad miljömedvetenhet. Naturen har också en stor betydelse för den psykiska hälsan och sätter igång kreativa processer (1–2).

Friluftsliv kan definieras som: Vistelse och fysisk aktivitet utomhus under fritid för att uppnå rekreation, naturupplevelser, social stimulans och bildning utan krav på prestation eller tävling (3). Friluftsliv i natur och trädgård har en stor betydelse för folkhälsan, speciellt bland äldre (4) Friluftslivet har potentialen att locka nya grupper, dvs sådana som i dag är stillasittande och har visat sig vara ett bra sätt att få med funktionshindrade och äldre, samt att bedriva ett integrationsarbete i praktiken.

INSATS 49

Friluftsrådet bör få fortsatt möjlighet att bistå Naturvårdsverket att utveckla möjligheterna för friluftsliv samt ge råd till myndigheter och övriga i sådana frågor och stärka sin forskningskompetens.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Friluftsrådet är en grupp bestående av myndigheter och riksorganisationer och som tillsattes av regeringen 2003 inom Naturvårdsverket i syfte att stärka friluftsförhållanden till och med år 2005. Myndigheter som ingår i Friluftsrådet är förutom Naturvårdsverket Riksantikvarieämbetet, Statens folkhälsoinstitut, Turistdelegationen, Länsstyrelsen i Östergötland, Statens geotekniska institut (SGI) och Totalförsvarets forskningsinstitut. Rådet ska bistå och samverka med myndigheter, forskare och organisationer som på olika sätt har beröring med friluftslivet. Under 2004 fördelades 15 miljoner kronor till landets friluftsförhållanden. Härutöver fördelar Naturvårdsverket ekonomiska resurser till länsstyrelserna för skötsel och tillgängliggörande av skyddade naturområden. Cirka en tredjedel av dessa insatser rör friluftslivet.

Enligt regeringens förordning (SFS 2003:134) har Friluftsrådet bl a i uppgift att besluta om fördelning av anslag för statsbidrag till friluftsförhållanden på ett

sätt som 1) främjar information och utbildning till friluftsliv; 2) främjar samordningen av olika verksamheter som bedrivs av myndigheter när det gäller friluftsliv; 3) stimulera utvecklingsarbete och nätverksbildande om friluftsliv med beaktande av forskningen på området.

Friluftsrådet ska tillsammans med de många friluftsorganisationerna på olika sätt stärka och utveckla friluftslivet och samordna friluftsfrågor, naturvård och hälsofrämjande insatser. Friluftsrådet anser att det är viktigt att satsa på verksamhet som kan utveckla nytt innehåll och nya former för friluftsliv med utgångspunkt från den samhällsutveckling som sker i dag och de behov som uppkommer. Prioriterade projekt är sådana som innehåller tydliga folkhälsoaspekter, riktar sig till barn, ungdomar och invandrare eller att det tätortsnära friluftslivet utvecklas (5). Friluftsrådet fyller således en viktig samordnings- och utvecklingsfunktion rörande friluftsfrågor och bör därför fortsätta sin verksamhet även efter 2005 och stärka sin forskningskompetens.

INSATS 50

Ideella friluftsorganisationerna bör i likhet med idrottsrörelsen få ökat ekonomiskt stöd för att uppmuntra fler att bli fysiskt aktiva. Särskilda insatser ska göras för barn och ungdomar, personer med utländsk härkomst, äldre, arbetslösa och långtidssjukskrivna att bli mer fysiskt aktiva utomhus. Friluftsrådet bör ansvara för utdelningen och utvärderingen av stödet.

Aktör: Regeringen

MOTIV

En naturbaserad livsstil, som grundas tidigt och som bibehålls i vuxen ålder är hälsofrämjande såväl vad avser fysisk aktivitet, upplevelser, samhörighet, egen kontroll som ett friskare liv. I takt med att stress och utbrändhet ökar och en stillasittande livsstil och fetma blir allt större samhällsproblem, växer insikten om friluftslivets betydelse för folkhälsan. Folkhälsoforskningen har visat att interventioner för att öka fysisk aktivitet i befolkningen är effektiva om de inriktas på att skapa en stödjande fysisk miljö (6–7). Interventioner som fokuserar på socialt stöd i lokalsamhället, exempelvis genom föreningsaktiviteter, är mest framgångsrika, speciellt om man satsar på aktiviteter som inte är beroende av faciliteter, exempelvis promenader (8). Det föreningsbaserade friluftslivet förenar dessa framgångsfaktorer i ett och samma koncept och bör därför främjas.

Friluftslivet kan äga rum året om i vildmark, skog, trädgård, kolonilott, stadspark och på lekplats. Friluftsliv kan utövas enskilt, i organiserad grupp, ideellt och kommersiellt. Det bör stimuleras i hemmet, i skolan och i föreningsliv och för med sig kunskap och medvetenhet om miljön. Människans behov av

natur- och kulturupplevelser, rekreation och att känna närhet till naturen är en del av den sociala dimensionen av hållbar utveckling.

Enligt pressmeddelande från Miljödepartementet den 27 december 2004 ska ytterligare tio miljoner kronor anslås till friluftorganisationerna år 2005. Totalt blir stödet 25 miljoner kronor under 2005, vilket är en positiv utveckling. Med stödet skapas goda möjligheter för att ännu fler människor kan utveckla ett livslångt intresse för hälsa, friluftsliv och naturvård. Regeringen menar att friluftslivets intressen måste väga tyngre än vad de hittills har gjort. En fortsatt finansiering på minst denna nivå är nödvändig för att förstärka verksamheten och upprätthålla intresset bland nya grupper.

INSATS 51

Friluftslivet bör aktivt främjas för att locka nya grupper ut i naturen och på så sätt minska stillasittandet. Länsstyrelserna bör aktivt involveras och få utökade resurser för detta.

Aktör: Länsstyrelsen

Kostnad: 20 miljoner kronor per år

MOTIV

På regional nivå har länsstyrelserna ett övergripande ansvar för det regionala natur- och kulturmiljövårdsarbetet, inklusive regionalt mål- och uppföljningsarbete. Länsstyrelserna har en samordnande och pådrivande roll gentemot kommunerna i länet och skulle kunna ta nya initiativ för att stimulera och entusiasmera kommunernas folkhälsoarbete för ökad fysisk aktivitet.

Aktiv naturvägledning kan öka möjligheten för att nya grupper lockas ut i naturen och på så sätt minska stillasittandet och öka fysisk aktivitet. Naturvägledning innebär enligt den nordiska rapporten Naturvägledning i Norden ”förmedling av känsla för och kunskaper om naturen” (9) och syftar till att ”öka förståelsen för de grundläggande ekologiska och kulturella sambanden och för människans roll i naturen” samt ”att medverka till ömsesidig förståelse mellan de yrkesmässiga brukarna av naturen och allmänheten samt mellan olika utövare av friluftsliv”. Naturvägledning kan ske muntligen, via utställningar, självguidade stigar, bildspel, teater m m. Den kan ske exempelvis i skolorna, av kommersiella turistföretag, av tillsynsmän och i ideella föreningar. Regeringen har för avsikt att involvera länsstyrelserna mer aktivt i folkhälsoarbetet framöver och en förstärkning av resurser till detta ändamål vore helt i linje med denna intention.

Naturvägledning har en lång och stark tradition i Danmark och lyfts fram som ett gott exempel i regeringens skrivelse för en samlad naturvårdspolitik (10). Professionell naturvägledning i turismens tjänst kan höja kvaliteten på olika

turistprodukter, minska turismens negativa effekter på naturen och leda till att turister reser hem med en större miljömedvetenhet efter besöket. I Norden är Danmark ett föredöme med statligt anställda naturvägledare i varje län. Utbildning för guider och vägledarsysslor ges i dag på de flesta nivåer och inom olika skolformer, folkhögskolor och arbetsmarknadsutbildningar.

Turistorganisationerna ordnar också lokalt och regionalt kurser för sina guider. Naturvägledare skulle i högre grad även kunna engageras i skolornas friluftsaktiviteter.

Umeå universitet erbjuder en 4-årig utbildning som NO-lärare med fokus på friluftsliv, hälsofrämjande arbete och naturvägledning (11). Yrkesverksamma inom området behöver ämneskunskaper för att kunna arbeta med grupper och individer som har en stillasittande livsstil, med personer som har olika former av funktionshinder, med äldre människor och invandrare m fl. Vägledarna ska även ha dokumenterad kunskap och vara förtrogna med hur man samarbetar inom och utanför skolan kring livsstilsfrågor både ur ett psykosocialt, fysiologiskt och genusperspektiv.

INSATS 52

En hälsokonsekvensbedömning bör ingå som ett kriterium vid tilldelning av medel till regeringens program för kommunal naturvård. Projekten bör utvärderas ur ett folkhälsoperspektiv.

Aktör: Regeringen

MOTIV

För att säkra att alla grupper i samhället gynnas av program för kommunal naturvård bör hälsokonsekvensbedömningar utgöra ett kriterium för medelstilldelningen. Det är även viktigt att projekten utvärderas ur ett folkhälsoperspektiv, vilket kan ge ny kunskap om sambanden mellan friluftsliv, fysisk aktivitet och hälsa.

Den offentliga naturvården är ett gemensamt ansvar för stat och kommun. Kommunerna har i och med miljöbalkens ikraftträdande fått stora och förstärkta möjligheter att tillämpa bestämmelserna om områdesskydd. Kommunerna har även genom ansvaret för den fysiska planeringen i plan- och bygglagen en nyckelroll när det gäller att planera så att miljökvalitetsmål och delmål uppnås (10).

Ett grundläggande element i naturvården är att upprätthålla goda förutsättningar för friluftsliv och rika naturupplevelser i den svenska naturen (10). Det finns ett klart samband mellan närhet till parker, grönområden, sjöar och skogsområden och grad av fysisk aktivitet (12). Är exempelvis avståndet till en park längre än ungefär en kilometer sjunker sannolikheten att parken används regelbundet. Att se till att det finns goda förutsättningar för friluftsliv är ett relativt

billigt sätt att skapa samhälleliga förutsättningar för fysisk aktivitet och är viktigt för dem som inte primärt är intresserade av idrott och motion. Kopplingen mellan miljöpolitik och folkhälsopolitik blir på så sätt mycket tydlig. För att det ska vara möjligt krävs bl a att områden med goda kvaliteter för friluftsliv reserveras, förvaltas och utvecklas för detta ändamål. Bland naturvårdsåtgärder av största betydelse för friluftslivet kan nämnas tillskapandet av naturreservat för friluftsändamål, strandskyddet, landskapsskyddet och kontrollen av naturvärdesförstörande teknisk exploatering.

Natur- och friluftsupplevelser och en rik varierad natur är en del av välfärden för alla. Regeringen har beslutat om en satsning på lokal och kommunal naturvård genom ett program för 2004/06, som omfattar 300 miljoner kronor (13). Grundtanken är att programmet bl a ska bidra till ökad delaktighet och möjliggöra ett rikare friluftsliv som alla kan delta i. Bidragsdelen uppgår till högst 50 procent av projektkostnaden. Bidraget söks av kommunen men kan komma ideella organisationer och markägare till del. Exempel på satsningar är kommunala naturvårdsprogram, friluftsinriktad naturvård, information och utbildning om friluftsliv och kunskapsuppbyggnad. 177 kommuner har sökt bidrag under 2004 för 508 projekt, som innehåller 1 837 åtgärder till en summa av 134 miljoner kronor i statsanslag. Den största andelen ligger på informationsinsatser följt av naturvård. Merparten av åtgärderna finns samlade under miljömålen som syftar till att främja friluftsliv nämligen God bebyggd miljö, Levande skogar, Rikt odlingslandskap och Levande sjöar och vattendrag.

INSATS 53

Kommunerna bör som ett underlag i sina översiktsplaner utarbeta naturvårdsprogram, bl a i syfte att bevara och utveckla friluftslivet och möjligheter till fysisk aktivitet. Hälsokonsekvensbedömningar bör utföras parallellt med eller som en del av miljökonsekvensbeskrivningar av planerade projekt.

Aktör: Kommuner

MOTIV

Den kommunala översiktliga planeringen är till sin karaktär framtidsytande, sektorsövergripande och ska se till helheten. Den är ett verktyg för att förebygga miljöproblem och för att göra avvägningar mellan olika markanvändningsanspråk, bl a behovet av tillgång till områden för friluftsliv. Regeringen anser att det är viktigt att friluftsfrågorna, precis som miljöfrågorna, behandlas med god kompetens och professionellt. Friluftsplaneringen bör på ett uttalat sätt ha människors behov och upplevelser i fokus, vilket understryker dess betydelse i folkhälsoarbetet. Folkhälsoaspekterna behöver förstärkas i dagens obligatoriska miljökonsekvensbeskrivningar för att säkra tillgängligheten för alla grupper i samhället.

SCBs studier visar att arealen grönytor successivt har minskat inom samtliga storleksklasser av tätorter mellan 1980 och 2000, mest i större tätorter (14). Minskningen har skett genom att andelen bebyggd yta ökat. Studien beaktar både förtätning och tillskott av tätortsyta i utkanten av tätorten. SCB menar att denna utveckling måste brytas om Sverige ska klara de miljömål som riksdagen fattat beslut om. Det finns därför ett behov att utveckla metoder för att även beakta tillgänglighet till och kvalitet av grönytor i och omkring tätorter för friluftsliv. Barnsäkerhetsdelegationen framhåller i sitt slutbetänkande att SCBs studier visar att allt fler människor ska dela på allt mindre grönytor (12). En majoritet av svenskarna (85 procent) önskar att närmaste friluftsskog ligger inom högst en kilometers avstånd från bostaden, dvs inom gångavstånd. Även gröna områden i form av parker och trädgårdar, liksom vattenytor och vattendrag, kan ha stor betydelse från naturvårds- och folkhälsosynpunkt.

I ett försök att vända utvecklingen för att uppnå målet om en god bebyggd miljö föreslår regeringen i sin skrivelse ”En samlad naturvårdspolitik” (10) att kommunala naturvårdsprogram skulle kunna utgöra ett lämpligt underlag i den obligatoriska översiktsplanen för att bevara grön- och vattenområden i tätorter och tätortsnära områden. I samband med naturvårdsprogram produceras ofta informationsmaterial om kommunens natur, vilket kan vara till glädje för friluftsansatser. Processen att utveckla översiktsplaner och naturvårdsprogram kan vara ett utmärkt forum för att förstärka medborgardialogen och på så sätt stärka demokrati och inflytande i kommunen.

Ett exempel hur kommuner kan bedriva arbetet med planering av naturvård genom delaktighet i befolkningen är Stockholms stad, som bedriver ett projekt där platser sociala värden beskrivs (15). Enkäter och intervjuer med människor ger kunskap om vilka kvaliteter olika grönområden och allmänna platser har för människor – både barn, ungdomar och vuxna. Det kan vara pulkabackar, utflyktsmål, platser för ro eller samling. Dessa värden förs sedan in på kartor och blir ett viktigt planeringsunderlag och skulle kunna bli ett led i genomförandet av hälso-konsekvensbedömningar.

Referenser

1. Ottosson J, Grahn P. Utemiljöns betydelse för äldre med stort vårdbehov. ”Med ögon känsliga för grönt.” Alnarp; 1998. Stad & Land 155:1998.
2. Ottosson J. Naturens betydelse i en livskris. Stockholm: Movium; 1997. Stad & Land 148:1997.
3. Kulturdepartementet. Remissvar. Statens stöd till friluftsliv och främjandeorganisationer (Ds 1999:78). Stockholm: Ekonomistyrningsverket, ESV; 31 maj 2000.
4. Norling I, Larsson E-L. Ett gott och friskare liv som äldre. En kunskaps-sammanställning. Göteborgs botaniska trädgård; 2004.
5. Birgitta Boström. Förnyat friluftsliv kan förbättra folkhälsan. Miljöaktuellt december 2003.
<http://www.naturvardsverket.se/dokument/friluft/friluftsrad/df/Maktart.pdf>
6. Kahn EB, Ramsey LT, Brownson RC, Heath GW, Howze EH, Powell KE, et al. The effectiveness of interventions to increase physical activity. A systematic review. Am J Prev Med 2002;22(4 Suppl):73-107.
7. Sallis JF, Bauman A, Pratt M. Environmental and policy interventions to promote physical activity. Am J Prev Med 1998;15:379-97.
8. Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. London: Health Development Agency, NHS; 2004 Feb. Evidence briefing 1st edition.
9. Naturvårdsverket. Naturum i Sverige: nationella riktlinjer. Stockholm: Naturvårdsverket; juni 2004. Rapport 5376.
10. Regeringens Skr. 2001/02:173 En samlad naturvårdspolitik.
11. <http://www.ovik.umu.se/utbildning/NO-larare.pdf>.
12. Nationella folkhälsokommittén. Miljöfaktorer: Rapport från arbetsgruppen Miljöfaktorer till Nationella folkhälsokommittén. 1999. Underlagsrapport nr 5.
13. Naturvårdsverket. Satsning på lokal och kommunal naturvård. Stockholm: Naturvårdsverket. www.naturvardsverket.se.
14. SCB. Grönytor och deras tillgänglighet kring de 10 största tätorterna. Statistiska centralbyrån; 1994. Statistiska meddelanden Na 12 SM 9401.
15. Stockholms stadsbyggnadskontor. Sociotopkarta för parker och andra friytor i Stockholms innerstad – om metoden, dialogen och resultatet. januari 2002.

Skattepolitik

Målet med detta politikområde är att skatte-, tull- och avgiftsintäkter ska säkerställas på ett rättssäkert och ekonomiskt effektivt sätt samtidigt som enkelhet ska eftersträvas och brottslighet motarbetas. I Sverige används i dag skatt (moms och punktskatt) på en rad olika varor och tjänster. För moms finns tre satser med 25 procent som normalskattesats. Momsen på livsmedel, tillsatser till livsmedel och antikviteter är 12 procent. Momsen kan på grund av EU-regler ej tas bort helt, däremot skulle den kunna sänkas till 6 procent på vissa livsmedel. En sådan sänkning skulle endast få en mycket måttlig effekt på priset på till exempel frukt och grönt. Punktskatter finns i dag bl a på tobak, alkohol, energi, vägavgifter för lastbilar, fordon och reklam. Enligt ekonomisk välfärdsteori är det rationellt att beskatta konsumtionen av produkter som leder till negativa externa effekter (1) såsom sjukvårdskostnader och produktionsbortfall orsakade av t ex fetma, diabetes, tobak och alkohol. Motsvarande finns argument för att subventionera produkter som ger positiva externa effekter i form av t ex hälsovinster.

INSATS 54

Möjligheten att minska konsumtionen av choklad, konfektyr och sötade drycker med hjälp av beskattning eller andra ekonomiska styrmedel bör utredas, liksom möjligheten att genom beskattning minska intaget av socker och fett generellt.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Enligt WHO finns det övertygande bevis för att hög konsumtion av energitäta livsmedel (bland annat konfektyr och choklad) samt sötade drycker är relaterad till en ökad risk för övervikt och fetma (2). När det gäller orsakssamband mellan läsk, diabetes och fetma har bevisen stärkts det senaste året (3). Det finns även studier som visar att om man minskar läskkonsumtionen bland skolbarn så minskar förekomsten av fetma (4). Tandhälsan hos barn och ungdomar är på väg att försämrans på grund av en ökad förtäring av läsk och godis, vilket har fått tandläkarna att reagera.

WHO nämner i sin globala strategi användningen av ekonomiska styrmedel för att påverka matvanor i gynnsam riktning som en tänkbar åtgärd (5). En pan-europeisk studie visade att efter kvalitet och färskhet på mat låg priset som den näst viktigaste faktorn för matvalet (6).

Punktbeskattning, eller s k lyxskatt på sockerkonfektyr, choklad, söta kex, småkakor och rån med mellanlägg samt sockerfria konfektyrer tillämpades inom Sverige vid omsättning och vid införsel fram till 1 januari 1993 (SFS 1994:1564). Punktbeskattning på läsk och/eller godis tillämpas i dag i ett antal länder: I USA

är det 19 delstater och städer, i Kanada ett antal provinser och i EU-området i Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Holland och Norge. Skälet till beskattning i dessa länder är inte i första hand hälsoskäl och är i vissa fall så låg att efterfrågan inte påverkas nämnvärt. I Danmark och Norge är skatten på läsk högst i Europa (cirka 2 SEK per liter) och här syns förändringar i den inhemska försäljningen vid ändringar i skattesatserna (7). I flera länder världen över (USA, Storbritannien, Australien) diskuteras på hög politisk nivå skatt på onyttiga livsmedel.

Punktskatter på sötade drycker, konfektyr och choklad skulle kunna ha en från hälsosynpunkt gynnsam effekt på konsumtionen. Priselasticiteten för choklad, konfektyr och läsk har i olika studier beräknats vara från -0,3 till -1,0, vilket är i samma storleksordning som för tobak, öl och vin. En ökning av läskpriset med 2 kronor per liter (22 procent), motsvarande den danska och norska skattenivån, skulle kunna minska konsumtionen med mellan 7 och 22 procent. Skatt på choklad och godis motsvarande den danska skulle höja priset med cirka 20 procent och minska konsumtionen med ungefär 6 procent. Införande av punktskatt vore en mycket stark signal från regeringens sida om frågans betydelse, vilket sannolikt skulle bidra till en ökad medvetenhet om dessa livsmedelsgruppers betydelse för hälsan. Detta skulle i sig kunna minska konsumtionen.

I en dansk studie undersöktes användbarheten av momsdifferentiering som ett styrinstrument i nutritionspolitiken med ekonometrisk metodik (ekonomisk/matematisk modellstudie) (8). Slutsatsen var att det är teoretiskt möjligt att påverka matvanor genom en prisdifferentiering. Effekterna varierar för olika livsmedel och för olika socialgrupper. Matvanorna skulle förbättras mest bland hushåll med lägre inkomster och i barnfamiljer. En norsk ekonometrisk studie över vad en momshöjning på läsk med 12 procent och en fördubbling av punktskatten skulle innebära för försäljningen drog slutsatsen att prisinstrumentet skulle vara särskilt effektivt i grupper med den högsta konsumtionen (9).

OECD har gjort en kunskapsöversikt över kostnadseffektiviteten av olika interventioner för att förebygga eller behandla övervikt och fetma (10). Här konstateras att det endast finns ett fåtal studier där man i praktiken har studerat specifika subventioner eller beskattning av livsmedel som en strategi för att påverka konsumtionen i en mer hälsosam riktning för att förebygga övervikt. Studierna som finns är gjorda i kontrollerade miljöer såsom skolor och arbetsplatser, dvs inte på nationell nivå. Dessa visar dock på positiva effekter och priselasticiteter på mellan -1 och -2 för de testade livsmedlen i dessa miljöer. OECD-rapporten konkluderar att det behövs fler studier i andra länder för att kunna generalisera dessa småskaliga amerikanska undersökningar. Speciellt behövs forskning kring effekter av samhälleliga prisinterventioner och hur de påverkar konsumtion och övervikt.

Det finns emellertid också problem med att införa en punktskatt. Ett ökat pris i Sverige jämfört med grannländer som Baltikum, Finland och Tyskland kan bidra till en ökad införsel av dessa produkter och därmed inte minskad konsumtionen. Det kommer att uppstå gränsdragningsproblem för vad som ska klassificeras som konfektyr, choklad och sötade drycker. En skatt på t ex kexchoklad

men inte på chokladkex, eller på läsk men inte på saft, kan skicka ut fel signaler om att vissa produkter är mer ohälsosamma än andra, trots att näringsvärdet är identiskt. Vidare kan industri och handel genom olika säljstödjande insatser eliminera effekten av en punktskatt genom att påverka slutpriset på varan eller öka marknadsföringen.

En utredning skulle kunna beakta ovanstående för och nackdelar med punktskatt och även ta hänsyn till ett antal andra väsentliga frågeställningar. Hur stor bör en punktskatt vara för att ge effekt på konsumtionen, bidra till verkliga prisförändringar i konsumentledet samt inte leda till en alltför stor gränshandel? Hur påverkas gränshandeln vid olika prisnivåer? Hur varierar redan idag prissättningen av sötade drycker beroende på bl a volym per enhet, säljställe m m? Vilka slutsatser kan dras av detta i relation till konsumtion? Vilka är de långsiktiga effekterna av en punktskatt, dvs hur länge upplever konsumenten att det skett en prishöjning? Bör beskattningen läggas på råvaran (socker och fett) eller på livsmedel och vilka avgränsningsproblem finns relaterade till olika alternativ? Finns andra livsmedel än de nu nämnda som borde beskattas? Vilka andra ekonomiska styrmedel finns som kan ge effekt på konsumtionen? Vad är möjligt att göra nationellt relativt i EU?

Vid ett seminarium i Lund i september 2004 (bilaga 6), framkom att skattefrågan är komplex och osäkerheten stor vad gäller möjliga effekter på försäljning och konsumtion. Svenska data saknas så gott som fullständigt. Sammantaget gör vi bedömningen att punktskattefrågan bör bli föremål för en tvärvetenskaplig utredning för att bedöma vilka hälsoeffekter som är möjliga att uppnå.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 55

En europeisk konferens om förutsättningarna för skattepolitiska åtgärder inom mat- och hälsoområdet bör arrangeras.

Aktör: Regeringen

Kostnad: 1 miljon kronor

MOTIV

Diskussioner om skattepolitiska åtgärder för att påverka livsmedelskonsumtionen pågår på hög nivå i flera länder samt inom WHO och OECD. Med hänsyn till frågans stora principiella betydelse och att relevant kunskap i stor utsträckning finns i andra länder, föreslås att Sverige tar initiativet till en europeisk konferens och inbjuder sakkunniga inklusive politiker från övriga nordiska länder, EU och de länder där frågan är aktuell. Vid en sådan konferens bör relativt stor tid användas till att presentera och analysera aktuella erfarenheter från andra länder

vad gäller skatter och livsmedel, men också tillämpbara data från närliggande områden, främst skatter på tobak och alkohol. Andra ämnesområden är juridiska och skattepolitiska aspekter i ett EU-perspektiv samt möjligheter till samordning av åtgärder. Ett tredje område är avgränsning och definition av de produkter och produktområden som skulle kunna vara aktuella.

INSATS

Förutsättningarna för skattesubventionerade nyckelhålmärkta måltider bör utredas. En sådan utredning bör även klarlägga förutsättningarna för en tillfredsställande kontroll eventuellt genom ett från myndigheterna fristående certifieringssystem.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Lunchen är av många skäl betydelsefull för hälsan på både kort och lång sikt. Denna måltid ger oftast cirka en tredjedel av dagens energi- och näringsintag och dess kvalitet bidrar därför väsentligt till kostens totala kvalitet. På kort sikt är denna måltid betydelsefull för arbetsprestationen eftersom hunger, mättnad och sammansättning på maten påverkar vakenhet, reaktionsförmåga och koncentration (11).

Samtidigt som tempot ökar i arbetslivet kortas lunchrasten och många personalrestauranger stänger medan snabbmatsätandet ökar (12). Hälften av de tillfrågade i en nyligen utförd studie tog högst 30 minuters lunchpaus. I undersökningen anges ekonomin som det enskilt vanligaste argumentet till varför man inte går ut och äter sin lunch. Arbetsgivare skulle kunna sälja måltider/måltidskort till 50 procent alternativt 30 procent av marknadspriset till anställda utan att någon förmånsbeskattning uppkommer (jämför vad som tidigare gällde för Rikskuponger).

Det är i dag tekniskt möjligt att arbeta med särskilda subventioner där dessa är riktade mot specifika rätter, restauranger och/eller tider på dygnet. Detta innebär att ett sådant system även skulle kunna gälla för skiftesarbetande eller andra personer med oregelbundna arbetstider. Det finns i dag även personbundna kuponger bl a i form av "smart cards" för förbättrad kontroll av användandet. Den här typen av kort skulle även kunna användas i andra sammanhang, exempelvis av vuxenstuderande, inom arbetsmarknadsprogram m m.

Eftersom den mat, som i dag serveras på lunchrestauranger och personalmatsalar, oftast är alltför fet och energirik för att vara hälsosam, är det nödvändigt att en skattefri subvention av luncher bara ska gälla för nyckelhålmärkta måltider. Livsmedelsverket avser att under 2005 se över kriterierna för och tillsynen av nyckelhålmärkning av måltider och bufféer på restauranger och serveringar. Nyckelhålmärkningen skulle därför kunna fungera som ett kriterium för de

måltider som omfattas av skattesubventionen. Systemet skulle vidare överlag kunna bidra till att utbudet av bra måltider i form av nyckelhålmärkta luncher ökar högst väsentligt. Införandet kräver dessutom en utbildning av berörd personal, vilket i sig skulle kunna ha gynnsam effekt på utbudet generellt.

Studier i USA från början av 1990-talet har visat att hälsoinformation på arbetsplatsen i kombination med ett förbättrat utbud av mat i lunchmatsalen/kafeterian kan resultera i små minskningar av fettintaget (13). Nyare amerikanska studier har visat att förändringar av prisnivån på nyttig, respektive onyttig mat i skolor och på arbetsplatser har ganska stor effekt på försäljningen (14). Däremot saknas studier helt där man har mätt effekten av förändringar i pris och utbud av hela måltider på det totala näringsintaget eller på utvecklingen av kroppsvikt.

Ett väsentligt problem i dag är möjligheten att kontrollera att subventionerna endast utnyttjas för rätter av god näringsmässig kvalitet och att nyckelhålmärkningen verkligen fungerar. Det är osannolikt att den officiella livsmedelskontrollen kan ta på sig ansvaret för en sådan tillsyn, utan i stället torde det bli aktuellt med någon form av certifiering, innebärande dels personalutbildning, dels regelbunden kontroll. Organisationen kring KRAV och märkning av ekologiskt producerade produkter kan här vara en förebild. En utredning bör även beakta att en skattesubvention av detta slag inte skulle missgynna vissa socioekonomiska grupper. Utredningen skulle även kunna beakta om krav på ekologisk mat skulle kunna ingå som kriterium.

En förutsättning för en sådan här omfattande insats är att man förhållandevis enkelt kan karakterisera de måltider, som kan bli föremål för subventionering. Det svenska systemet med nyckelhålmärkning är en unik förutsättning. Om den offentliga livsmedelstillsynen skulle kunna utnyttjas för viss kontrollverksamhet skulle detta också vara något som hittills inte gjorts på annat håll. Detta gör att det aktuella förslaget i sig inte har förutsättningar att kunna stödjas eller avfärdas med hjälp av studier från andra länder och under andra förutsättningar.

Referenser

1. Johansson P-O. An introduction to modern welfare economics. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
2. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization; 2003. World Health Organ Tech Rep Ser 916.
3. Schulze MB, Manson JE, Ludwig DS, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, et al. Sugar-sweetened beverages, weight gain, and incidence of type 2 diabetes in young and middle-aged women. *JAMA* 2004;292:927-34.
4. James J, Thomas P, Cavan D, Kerr D. Primary care: Preventing childhood obesity by reducing consumption of carbonated drinks: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;328:1-6.
5. WHO. Global strategy on diet, physical activity and health. Geneva: World Health Organization; 2004 May. WHA57 17, 22.
6. Lennernäs M, Fjellström C, Becker W, Giachetti I, Schmitt A, Remaut de Winter AM, et al. Influences on food choice perceived to be important by nationally-representative samples of adults in the European Union. *Eur J Clin Nutr* 1997;51(Suppl 2):8-15.
7. Danska Skatteministeriet. Rapport om gränshandel 2001, kap 12. Mineralvandsavgift. Danska Skatteministeriet; 2001. www.skat.dk.
8. Smed S, Denver S. Fødevare efter spørgsel på tværs. Sundhed og ernæring: er momsdifferentiering en farbar vej? København: Fødevareøkonomisk Institut, den Kgl. Veterinær- og landbohøjskole, FØI; 2004. Working Paper 08/2004.
9. Gustavsen GW. Essays on food demand analysis. Norges Landbrukshøgskole; 2004. Doctor scientiarum thesis 2004:18.
10. OECD, red. Cost-effectiveness of interventions to prevent or treat obesity and type 2 diabetes. A preliminary review of the literature in OECD countries. Workshop on the economics of prevention, 15 October 2004. Ad Hoc Group on the OECD Health Project. Organisation for Economic Cooperation and Development; 2004.
11. Byström M, Neely G, Landström U, Lennernäs M. Måltidens inverkan på vakenhet och prestation. Arbetslivsinstitutet; 2002. Arbetslivsrapport 10.
12. Ström M. Undersökning av lunchbeteende hos yrkesverksamma. Beställt av Lunchfrämjandet. LUI. Rapport 2003-10-28.
13. Roe L, Hunt P, Brandshaw H, Rayner M. Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population: a review. England: Health Development Agency; 1997. 0752108271.
14. French SA, Story M, Jeffery RW. Environmental influences on eating and physical activity. *Annu Rev Public Health* 2001;22:309-35.

Transportpolitik

Transportpolitiken är ett viktigt område för folkhälsan i allmänhet och för fysisk aktivitet i synnerhet. De transportpolitiska målen betonar att alla färdssätt ska vara tillgängliga och säkra för alla grupper i befolkningen och lyfter speciellt fram svaga trafikanters behov såsom barn, handikappade och äldre. Ett delmål inom transportpolitiken rör jämställdhet mellan kvinnor och män i transportsystemet och påverkan på transportsystemets tillkomst, utformning och förvaltning och att deras värderingar ska tillmätas samma vikt. Transportpolitiken är av stor betydelse för en hållbar utveckling, vilket uttrycks genom att den aktiva (gång och cykling) och kollektiva transporten ska öka. Transportpolitiken har även beaktats i det folkhälsopolitiska arbetet, genom att en huvudindikator för fysisk aktivitet föreslås bli ”andelen gående och cyklister jämfört med det totala persontransportarbetet”.

Flera länder har på senare år identifierat transportpolitiken som ett nyckelområde för att uppmuntra och möjliggöra för människor att bli mer fysiskt aktiva i sina vardagliga rutiner, speciellt de som har en stillasittande livsstil. Mer aktiv transport och mindre fordonstrafik skulle även bidra till en hållbar utveckling.

INSATS 57

Den nationella cykelstrategin ska vidareutvecklas och genomföras. Cykling bör inkluderas i den nationella vägdatan för att möjliggöra bedömningar av resursinsatserna. Planeringen av statliga vägar bör beakta en god infrastruktur för säkra cykel- och gångvägar. Beslutsunderlaget bör innefatta sociala konsekvensbedömningar. En manual/handbok bör utvecklas för att stärka bedömningen av den samhällsekonomiska nyttan av investeringar i cykelinfrastruktur på lokal nivå.

Aktör: Vägverket

Kostnad: 2 miljoner kronor (för vägdatan)

MOTIV

Fysisk aktivitet som transportmedel (aktiv transport) har stor potential och är tids-effektiv motion, exempelvis genom promenad och cykling (1–2). Cykling och promenader är aktiviteter som alla har tillgång till oberoende av klass, ålder och utbildningsnivå (3), och är de klart vanligaste aktivitetsformerna. Cirka 60 procent av svenskarna anger att de promenerar och 40 procent cyklar regelbundet (3–4). En satsning på god och säker infrastruktur för gående och cyklister bör även ses från jämställdhetssynpunkt eftersom kvinnor promenerar, cyklar och använder

kollektivtrafik mer än män till vardags (5–6). Det finns stora möjligheter att öka aktiv transport vid vuxnas resor till och från arbetet och för barn till och från skolan eller fritidsaktiviteten eftersom en betydande andel är korta resor. Nära 45 procent av den arbetande delen av befolkningen har en restid på 10 minuter eller mindre till arbetet, även om variationen är stor mellan olika delar av landet (6). Ungefär hälften av alla bilresor och 30 procent av alla arbetsresor är kortare än 5 km. Vägverket bedömer att 10–48 procent av dessa resor skulle kunna föras över till cykel.

Enligt regeringen har gång- och cykeltrafiken legat på i stort sett oförändrad nivå under de senaste 20 åren samtidigt som biltrafiken har ökat med cirka 50 procent (7). Vägverket bedömer att gång- och cykeltrafiken kommer att minska med 4 procent till 2010 medan biltrafiken förväntas öka med 29 procent under samma period (8). Vägverkets senaste statistik visar att cyklingen har minskat från cirka 2,0 miljarder personkilometer till cirka 1,7; promenader har ökat från cirka 2,5 miljarder personkilometer till cirka 3,2; bilåkande har ökat från cirka 81 miljarder personkilometer till cirka 90 mellan 1999 och 2003 (9). För ökad och säkrare cykeltrafik behövs mångfacetterade åtgärder som förbättrar trafiksäkerheten, framkomligheten och tryggheten i det befintliga cykelvägnätet.

Som ett led i att främja aktiv transport initierade Vägverket en nationell cykelstrategi (4) i syfte att öka cyklingens andel av vägtransporter och göra cyklingen säkrare. Ett antal insatser föreslogs, inklusive byggande av fler trafikseparerade cykelbanor, bättre infrastruktur med bredare cykelfält och informationsskyltar för cyklister, samt bättre låsanordningar och cykelparkeringar vid relevanta målpunkter. Även ökat användande av cykelhjälmar med lag för barn och ungdomar, samt införande av hastighetsreducerande åtgärder och 30-sträckor för bilister lades fram som viktiga åtgärder för att möjliggöra ett ökat cyklande. En uppföljning 2003 (10) visade att den nationella cykelstrategin saknar ”organisatorisk ryggrad” på Vägverket och därför inte implementerats till fullo. Utvärderarna föreslog bl a ett antal nya insatser (se bilaga 3), samt att det inrättas en cykelsamordnare inom Vägverket. Cykelsamordnaren bör utarbeta en årlig verksamhetsberättelse som bildar underlag för beslut om den fortsatta verksamheten. Projektet måste även få erforderliga ekonomiska resurser. Vi finner dessa åtgärder mycket angelägna.

För att kontinuerligt följa upp cykelstrategin är det viktigt att cykelinfrastrukturen förs in i Nationella Vägdatabasen, NVDB (11). Statens institut för kommunikationsanalys, SIKa, anger att informationen och statistiken på regional och nationell nivå rörande gång- och cykelbanors kvalitet och standard är knapphändig, vilket försvårar uppföljningsarbetet med att förbättra existerande infrastruktur för aktiv transport (6). Både statliga och kommunala investeringar i cykelinfrastrukturen bör redovisas så att omfattningen blir möjlig att bedöma. Detta gäller också resurserna för drift och underhåll. Allt detta bör redovisas på ett sådant sätt att det blir möjligt att från olika utgångspunkter bedöma resursinsatserna och planera framtida insatser. En undersökning på uppdrag av Vägverket (11)

identifierade ett antal cykelvägsegenskaper relevanta för NVDB, inklusive förekomst av cykelbana, separeringsgrad, trafikmängd, cykelytans beskaffenhet, signalreglering och korsning.

Sociala konsekvensbedömningar innebär att tillgängligheten för alla grupper av avnämare analyseras. Särskild hänsyn ska tas till sårbara grupper i trafiken såsom barn, äldre och personer med fysiska och psykiska funktionshinder.

Vägverket bör i samarbete med FHI och Svenska Kommunförbundet utveckla en manual/handbok för att stärka bedömningen av den samhällsekonomiska nyttan av investeringar i cykelinfrastruktur på lokal nivå. Detta skulle kunna motivera kommunerna att utöka sina satsningar på cykelinfrastruktur. Två nordiska forskningsrapporter drar slutsatsen att investeringar i infrastruktur för ökad och säkrare cykling medför stora samhällsekonomiska fördelar. En norsk rapport har beräknat att den samhällsekonomiska nyttan av cykling uppgår till cirka 20 NOK per person och dag och har beräknat den ekonomiska vinsten av den hälsoeffekt som man förväntas få genom att gå från inaktivitet till måttlig daglig fysisk aktivitet till 7 300 NOK per person och år (12). I rapporten beräknas att den samhällsekonomiska vinsten av investeringar i cykelvägnätet är 4–5 gånger högre än investeringskostnaderna, vilket är mer lönsamt än andra investeringar i transportnätet. En svensk rapport av cyklingens och cykelinvesteringars hälso och samhällsnytta har gjorts på initiativ av Naturvårdsverket, Vägverket och Nordiska ministerrådet (13). Rapporten visar att det är möjligt att utveckla metodik för lönsamhetskalkyler av cykelinvesteringar. Rapporten menar att omfattande satsningar på cykelinvesteringar kan ge stora samhällsekonomiska fördelar samt bekvämlighets- och trygghetsförbättringar, speciellt om man beaktar att kostnaden för ett sådant program är måttligt i förhållande till andra infrastrukturåtgärder. Rapportens slutsats är att investeringar i cykelinfrastruktur med stor sannolikhet är välmotiverade ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

För att cyklingens fulla hälsopotential ska kunna nås är det viktigt att användningen av cykelhjälm främjas.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 58

Åtgärder för gång- och cykeltrafik bör inkluderas i länstransportplanerna och inkludera sociala konsekvensbedömningar.

Aktör: Länsstyrelser i samarbete med kommuner och frivilligorganisationer

MOTIV

Länen eller regionerna ansvarar själva för de regionala transportplanerna. Det finns en stor variation i satsningar på gång- och cykeltrafik i länstransportplanerna, där vissa län har en ambition att satsa på aktiv transport och därigenom ökad

fysisk aktivitet. Flertalet länstransportplaner saknar dock detaljerad information om hur frågan ska hanteras (14). För att bedöma nyttan av investeringar i separata gång- och cykelvägar måste kommunernas och länens behov inventeras och inkluderas i länstransportplanerna. Kågeson (14) anger att förslagen till läns- eller regionplaner är av så skiftande kvalitet att regeringen bör överväga tydligare och mera bindande anvisningar, t ex när det gäller redovisning och precisering av resurser till investeringar i gång- och cykelvägar och i vilken utsträckning som arbetet leder till uppfyllande av det transportpolitiska målet om ökad gång- och cykeltrafik. Planförslagen från exempelvis Gotlands, Skånes och Hallands län visar att det är möjligt att redovisa satsningarna så att uppföljning och utvärdering av cykel- och gånginvesteringar möjliggörs.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 59

Ett statligt program för samfinansiering av kommunala gång- och cykelbanor bör inrättas.

Aktör: Regeringen

Kostnad: 100 miljoner kronor per år

MOTIV

Regeringen anger att samarbetet mellan statliga myndigheter, kommuner och frivilligorganisationer när det gäller infrastruktur för gång- och cykelbanor bör utvecklas och intensifieras (7). Enligt regeringens proposition är en möjlighet att tillhandahålla ett statsbidrag som möjliggör s k 50:50 finansiering, vilket många kommuner har efterfrågat. Vägverket anger att man genom statsbidrag kan stimulera de kommunala väghållarna att bygga fler gång- och cykelbanor (4). Staten satsar i dag 60–70 miljoner kronor per år på cykelbanor, vilket enligt många är otillräckligt för att nå uppsatta mål (14–15). Kågeson anser att för att bryta den negativa trenden för cyklingen måste rimligen åtgärder för ökad gång- och cykeltrafik få en större andel av investeringsmedlen än vad som motsvarar deras nuvarande andel av vägtrafikarbetet. Minst 4–5 procent av de statliga investeringsmedlen under åren 2004–2015 bör gå till gång- och cykelåtgärder (GC-åtgärder), enligt Kågeson (14). Det motsvarar 3,4–4,1 miljarder kronor totalt. Med hänsyn till var behoven finns bör merparten av investeringarna ske inom ramen för de regionala planerna, vilket innebär att 8–10 procent av de regionala ramarna bör tas i anspråk för GC-investeringar.

Investeringskostnaden för att åstadkomma ett gång- och cykelnät med höga krav på säkerhet och tillgänglighet för alla orter med över 20 000 invånare i Sverige beräknas till totalt drygt 10 miljarder kronor enligt SIKa (15).

INSATS 60

För att öka möjligheten till aktiv transport bör hastighetsreducerande åtgärder vidtas i bostadsområden. Olika kategorier av trafikanter bör i så hög grad som möjligt separeras. Lokal infrastruktur bör anpassas till gåendes, cyklisters och funktionshindrades behov och önskemål.

Aktör: Kommunerna i samarbete med Nationalföreningen för trafiksäkerhetens främjande (NTF)

MOTIV

Infrastrukturen för gång- och cykeltrafik är i dag bristfällig med tanke på gåendes, cyklisters och funktionshandikappades behov, vilket leder till höga olycksrisker (16). Att trafikmiljön upplevs som farlig och otrygg är i sig ett stort hinder för ökad aktiv transport, speciellt bland dessa utsatta grupper. Gående löper fyra gånger så stor risk att skadas svårt jämfört med bilister, medan risken för cyklister är sju gånger så hög (6). Under de senaste 20 åren har det visserligen skett en viss utbyggnad av cykelvägar och genomförts andra åtgärder för cykeltrafiken, men långt ifrån i den omfattning som vore motiverad med hänsyn till biltrafikens utveckling och samhällets mål i fråga om miljö, folkhälsa och trafikpolitik. SIKAs uppföljning av de transportpolitiska målen (6) redovisar ett antal för trafiksäkerheten oroväckande trender under perioden 1990–2002, inklusive fler bilfordon på vägarna, tyngre bilfordon och en kraftig ökning av bilarnas motorstyrka.

Enligt en undersökning utförd av Nationalföreningen för trafiksäkerhetens främjande (NTF) i Stockholms län är kvinnor klart underrepresenterade i de nämnder som på kommunnivå beslutar i trafikfrågor, vilket enligt NTF skulle kunna förklara varför trafiksäkerheten inte har ökat och hastigheterna minskat (18). En majoritet av den motoriserade trafiken i Sverige överträder gällande hastighetsbestämmelser, vilket ökat riskerna speciellt för oskyddade trafikanter såsom cyklister och gående (9, 17). Även en rapport beställd av SIKA om representation av kvinnor och män i beslutande organ inom den nationella transportsektorn visar en tydlig manlig dominans, speciellt när det gäller VD- och ordförandeposter (19). Vägverkets senast publicerade statistik (9) visar att kvinnor promenerar och cyklar mer och använder kollektivtrafik i högre utsträckning, samt kör mindre bil, jämfört med män. Vägverkets återkommande trafiksäkerhetsenkät visar att kvinnor är mer positiva till 30-zoner där bilar och oskyddade trafikanter blandas, fler kvinnor än män uppger att de alltid eller nästan alltid använder bilbälte och kvinnorna anser i högre grad att det är rimligt att sänka hastigheterna för att öka trafiksäkerheten.

Sammantaget finns anledning att anta att en jämnare könsfördelning inom transportsektorn på alla nivåer skulle gynna gång- och cykeltrafik i och med att kvinnor använder dessa transportformer i högre utsträckning, har större förståelse för trafiksäkerhet och att kvinnor generellt har en mer positiv inställning till aktiv

och kollektiv transport. Utöver att stimulera fysisk aktivitet skulle minskat bilåkande även minska luftföroreningar och buller, vilka i sig är hälsohot (20).

Det är väletablerat att många olika metoder kan minska fordonshastighet och risk för krascher med fotgängare och cyklister, inklusive bättre signalsystem vid övergångsställe, att bygga rondeller och trafikseparerade gång- och cykelbanor, uppmaningstexter i gatan till fotgängare att hålla uppsikt, vägbulor och att smala av körbanor (21). En översikt över attityder till 30-zoner och trafiksäkerhet i Stockholmsområdet visar att en stor majoritet av de tillfrågade är för införande av 30-zoner i bostadsområden och att det är viktigt med insatser för att öka säkerheten för gång- och cykeltrafikanter även om det innebär smalare körbanor och lägre hastigheter för bilister. I Stockholms stad planeras nu för genomförandet av 30-zoner i hela innerstaden förutom på genomfartsleder.

Se vidare bilaga 3.

INSATS 61

Vägverkets arbete med barn och ungdomar i trafiken bör ha hög prioritet.

Aktör: Vägverket i samarbete med Statens folkhälsoinstitut och Kommunförbundet

MOTIV

En stödjande miljö för fysisk aktivitet är speciellt viktig för barn och ungdomar. För många barn, som inte är intresserade av idrott, utgör aktiv transport till och från skolan ett extra viktigt tillfälle för fysisk aktivitet. Barn är extra utsatta i trafiken eftersom de, jämfört med vuxna har mindre erfarenhet av att vistas i trafik, syns inte lika bra och har inte lika bra översikt själv (23). Vägen till och från skola/förskola och fritidsaktiviteter utgör viktiga tillfällen till utevistelse och fysisk aktivitet, men samhällsutvecklingen har inneburit att färre barn promenerar eller cyklar till skola och att bilskjutsandet har ökat (16, 24). Hjämlagen, som införs från årsskiftet 2004/05 för barn upp till 15 år, är ett viktigt steg i att minska allvarliga cykelolyckor, men är i sig otillräcklig för att hindra olycksfall om många fler börjar cykla.

En jämförande studie visade att sjuåringar i ett helt trafikseparerat område hade störst rörelsefrihet medan barn i områden med trafik i eller i nära anslutning hade begränsad rörelsefrihet till skola, grönområden och kamrater (24). Som ansvarig sektorsmyndighet ska Vägverket långsiktigt skapa bästa möjliga förutsättningar för barns rörelsefrihet, tillgänglighet och säkerhet vid fysisk planering och transportarbete, bl a genom att skapa säkrare och tryggare närmiljöer och transportvägar till skola och fritidsutbud (25).

Vägverkets strategi för barn och unga (25) har flera övergripande mål inklusive att halvera antalet dödade och svårt skadade till år 2007; att öka barns tillgänglighet till skola och fritidsanläggningar samt kunskap om barn i vägtran-

sportsystemet. Strategin framhåller bl a att barn har att ta sig fram i samhället utan att behöva vara beroende av vuxna och att barns utemiljö bör ses som en utvecklings- och inlärningsmiljö. Strategin anger att det krävs omfattande insatser för att uppnå detta.

Ett antal andra policydokument lyfter fram barns behov och förutsättningar som högsta prioritet vid beslut om transportsystemets utformning och funktion, inklusive regeringens proposition om ”Transportpolitik för en hållbar utveckling” (26), regeringens betänkande om barn och ungdomars välfärd (27), miljökvalitetsmålen (28) och den fjärde WHO ministerkonferensen om miljö och hälsa i Budapest i juni 2004 (29). Området har även lyfts fram i FHI:s arbete med uppföljningen av folkhälsopolitiken genom att indikatorn ”andelen barn som kan ta sig till skolan på egen hand” ingår i den folkhälsopolitiska rapporteringen.

Se vidare bilaga 3.

Referenser

1. Craig CL, Brownson RC, Cragg SE, Dunn AL. Exploring the effect of the environment on physical activity: A study examining walking to work. *Am J Prev Med* 2002;23(2S):36-43.
2. Hillsdon M, Foster C, Naidoo B, Crombie H. The effectiveness of public health interventions for increasing physical activity among adults: a review of reviews. London: Health Development Agency, NHS; 2004. Evidence briefing 1st edition.
3. The Institute of European Food Studies. A Pan-EU Survey on Consumers Attitudes to Physical Activity, Body-Weight and Health. Dublin (Ireland): Trinity College; 1998.
4. Vägverket. Nationell strategi för ökad och säker cykeltrafik. Borlänge: Vägverket; 2000. Nr 2000:8.
5. Trafikutskottets betänkande 2001/02:TU2 Infrastruktur för ett långsiktigt hållbart transportsystem.
6. SIKA. Uppföljning av det transportpolitiska målet och dess delmål. Statens institut för kommunikationsanalys; 2004. SIKA rapport 2004:3.
7. Regeringen proposition 2001/02:20 Infrastruktur för ett långsiktigt hållbart transportsystem.
8. Vägverket. Förslag till nationell plan för vägtransportsystemet. Borlänge: Vägverket; 2004. Nr 2004-2015.
9. Vägverket. Fickfakta 2004 – Vägverket, vägar och trafik. 2004. Borlänge: Vägverket; 2004. 2004:30.
10. Spolander K, Dellensten B. Mer cykeltrafik på säkrare vägar: Uppföljning av Vägverkets nationella strategi, avsiktsförklaring och handlingsplan. Vägverket; 24 juni 2003. Slutrapport.
11. Spolander K, Dellensten B. Cykelvägar och den nationella vägdatabasen NVDB. 2004. Slutrapport 2004-07-01.
12. Saelensminde K. Cost-benefit analyses of walking and cycling track networks taking into account insecurity, health effects and external costs of motorized traffic. *Transportation Research* 2004; Part A 38:593-606.
13. Naturvårdsverket. Vilken är den samhällsekonomiska nyttan av cykeltrafik-åtgärder? Försök till förbättring av beslutsunderlaget. Stockholm: Naturvårdsverket; November 2004. Utkast.
14. Kågeson P. Gång- och cykelvägsinvesteringar i förslag till nationell plan för vägtransportsystemet 2004-2115 samt förslag till länstransportplaner. Stockholm: Nature Associates; 2003. 2003-03-19.
15. SIKA. Den nationella reseundersökningen. Stockholm: Statens institut för kommunikationsanalys och Statistiska centralbyrån; 2002. Res 2001.
16. Ahlström I. På cykel för miljö och hälsa. Länsstyrelsen i Stockholms län; 2004. Rapport 2004:21.

17. Vägverket. Regional statistik: Olycksfallsutvecklingen i Stockholms län 1998–2002. Borlänge: Vägverket; 2003. www.vv.se.
18. Hallenberg L. Jämställdhet i trafiknämnder. Nationalföreningen för trafik-säkerhetens främjande. Stockholms län; 2004 notat 0408.
19. Markör. Representation av kvinnor och män i beslutande organ inom transportsektorn. En kartläggning på uppdrag av SIKA. Örebro: Markör; 2004.
20. WHO, UNECE. Transport-related health effects with a particular focus on children. Towards an integrated assessment of their costs and benefits. State of the art knowledge, methodological aspects and policy directions. Topic report Physical Activity. World Health Organization/Europe & UNECE; 2003. Transport, Health and Environment Pan-European programme – The PEP.
21. Retting RA, Ferguson SA, Hakkert AS. A review of evidence-based traffic engineering measures designed to reduce pedestrian-motor vehicle crashes. *Am J Publ Health* 2003;93(9):1456-63.
22. Gustavsson H-Å. 30 km på bostadsgator: Kunskapsöversikt om attityder till 30-zoner, trafiksäkerhet m m. Stockholm: Utrednings- och statistikkontoret; 2004.
23. Frank LD, Engelke PO, Schmid TL. Health and Community Design: The Impact of the Built Environment on Physical Activity. London: Island Press; 2003.
24. Björklid P. Children's outdoor environment: a study of children's outdoor activities on two housing estates from the perspective of environmental and developmental psychology. Lund, Stockholm: LiberGleerup, Stockholm Institute of Education, Department of Educational Research; 1982.
25. Vägverket. Kundgruppsdokument. Barn och unga. Borlänge: Vägverket; 16 juli 2004.
26. Regeringens proposition 1997/98:56 Transportpolitik för en hållbar utveckling.
27. SOU 2001:55 Hälsa och välbefinnande. Barns och ungdomars välfärd. Forskarantologi från kommittén Valfärdsbokslut.
28. SOU 2000:52 Betänkande från Miljömålskommittén.
29. WHO. Fourth Ministerial Conference on Environment and Health. 2004. <http://www.euro.who.int/document/e83338.pdf>.

Utbildningspolitik

Utbildningspolitiken omfattar barn- och ungdomsutbildning, vuxenutbildning, högskoleverksamhet samt studiestöd. Enligt målet för utbildningspolitiken ska Sverige vara en ledande kunskapsnation som präglas av utbildning av hög kvalitet och livslångt lärande.

Skolans verksamhet styrs av skollagstiftningen och arbetsmiljölagstiftningen. Skolans uppgifter när det gäller kunskapsmål är fastställda i läroplaner och kursplaner, medan de grundläggande bestämmelserna om arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön finns i arbetsmiljölagen (3 kap. 2 § och 3 kap. 2a §). Reglerna ska tillsammans göra att skolan får en god studie- och arbetsmiljö. Rektor ska bedriva arbetsmiljöarbetet i samverkan med personalen och eleverna.

I den nu gällande läroplanen för det obligatoriska skolväsendet (Lpo 94) för mål att uppnå i grundskolan står att ”Skolan ansvarar för att varje elev efter genomgången grundskola har grundläggande kunskaper om förutsättningarna för god hälsa samt har förståelse för den egna livsstilens betydelse för hälsan och miljön” (1). I läroplanen finns ett tillägg att skolan ska sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet, men inget om matvanornas betydelse för hälsan.

I den senaste läroplanen för förskolan (2) finns skrivningar som visar på betydelsen av fysisk aktivitet och utevistelse. Däremot finns inga skrivningar om mat och matvanors betydelse.

I läroplanen för frivilliga skolformerna står att skolan ska uppmärksamma hälso- och livsstilsfrågorna och sträva efter att ge gymnasieelever förutsättningar att regelbundet bedriva fysisk aktivitet. Betydelsen av goda matvanor omnämns inte.

Läroplanernas skrivningar om hälsa och livsstil skulle mycket väl kunna innefatta matvanornas betydelse för hälsan, men dessa kan lätt försvinna bland de mer etablerade livsstilsfrågorna.

Skolan (förskolan, förskoleklassen, grundskolan, gymnasieskolan och fritidsverksamheten) har en central roll i det hälsofrämjande arbetet med barn och ungdomar eftersom de tillbringar en så stor del av sin tid i skolan och alla kan nå oavsett social bakgrund. Insatser i skolan kan därför ha en utjämnande effekt på sociala skillnader i hälsa. Skolan är viktig för att den kan ge kunskaper om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa men också för att miljön i skolan kan förmedla en hälsofrämjande livsstil. Barnen lär sig både från sin miljö, från själva undervisningen och genom att se hur vuxna agerar. Därför är det nödvändigt att hela skolans verksamhet genomsyras av samma budskap om vad som menas med goda matvanor och en fysiskt aktiv livsstil. Det går att med breda skolbaserade åtgärder minska fetmautvecklingen bland barn och ungdomar (3). Det krävs dock en satsning på både kunskapsinläring och miljön för att det ska vara effektivt. Även skolhälsovården har i detta sammanhang en viktig funktion. Insatser som rör denna återfinns under Hälso- och sjukvårdspolitik, insats 19.

Yrkesutbildningar inom gymnasieskolan och högskolan, som leder till yrken inom vård, skola, omsorg och livsmedelssektorn, är synnerligen betydelsefulla

eftersom dessa yrkesgrupper fungerar som vidareinformatörer om mat, fysisk aktivitet och hälsa.

I detta delkapitel kommer insatser som berör skolan först och är ordnade så att insatser som har regeringen som huvudaktör står först, sedan följer de som har en myndighet som huvudaktör och slutligen de som har kommunen/skolan som aktör. Därefter kommer insatser som berör utbildningar som leder till yrken inom vård, skola och omsorg i gymnasieskolan och på högskolor/universitet. Under Livsmedelspolitik finns insatser som berör riktlinjer för maten i skolan (nr 48) samt fortbildning av bland annat lärare (nr 46).

INSATS 62

Den nya skollagen bör inkludera begreppet ”hälsa” i portalparagrafen. Skollagen bör uttrycka att de måltider som serveras inom förskolan, skolan och gymnasieskolan ska vara i linje med gällande nationella näringsrekommendationer.

Aktör: Regeringen

MOTIV

God hälsa är en förutsättning för inlärning (4). Senare års svenska och internationella forskning har alltmer understrukit vilken central roll skolan spelar för barns och ungas hälsa. Ska samhället kunna leva upp till det tredje folkhälsomålet om trygga och goda uppväxtvillkor och även till andra centrala, av riksdagen beslutade folkhälsomål, borde stödet till skolornas utvecklingsarbete när det gäller elevernas hälsa få en framskjuten roll i en modern skollag. Skollagen revideras för närvarande och Statens folkhälsoinstitut har i sitt remissvar (5) förordat att hälsa ska införas i portalparagrafen 1 kap. § 3 som föreslås ha följande lydelse:

”Utbildningen syftar till att ge kunskaper och färdigheter samt att främja *hälsa* och en allsidig personlig utveckling och livslång lust att lära.” (Tillägget är kursiverat.) Detta önskemål överensstämmer med den utbredda uppfattningen i samhället att skolan har en viktig roll i det hälsofrämjande arbetet med bl a matvanor och fysisk aktivitet bland barn och ungdomar.

Barn, som sällan äter skollunch, äter mer godis, är tröttare, har mer huvudvärk, illamående och ont i magen samt sämre betyg. Karaktäristiskt för gymnasieelever som är trötta, hängiga och klarar sig sämre på prov är att de har sämre frukostvanor (6).

Skolorna är enligt skollagen skyldiga att servera en kostnadsfri lunch till alla barn i grundskolan. Däremot finns ingen lagstadgad minimikvalitet på skollunchen och inte heller på måltidens längd, tidpunkt eller matsalsmiljön. Om skolan ska bidra till en hälsofrämjande livsstil är det självklart att maten som serveras bör vara näringsriktig. Skollagen revideras för närvarande och det är därmed ett

ypperligt tillfälle att föra in ovanstående förslag. Riktlinjer för maten i skolan föreslås vidareutvecklas av Livsmedelsverket – se insats 48 under Livsmedelspolitik.

INSATS 63

Kunskapsämnet hem- och konsumentkunskap bör införas som ett kärnämne i gymnasieskolan.

Aktör: Regeringen

MOTIV

Hem- och konsumentkunskap finns inte på gymnasieskolan. I dag får gymnasieeleverna i stort sett ingen undervisning i frågor om mat och hälsa eller om livsstilsfrågor i stort. Det skulle behövas ett nytt ämne på gymnasiet som förbereder eleverna för framtiden som aktiva och medvetna konsumenter med hållbar livsstil i fokus. Det kommersiella trycket på barn- och ungdomar har ökat vilket också kräver ökade kunskaper. En fungerande marknad kräver kunniga konsumenter som gör medvetna val av varor och tjänster. Unga konsumenter måste kunna göra medvetna val som är till gagn för hälsan, såväl i butiker som i restauranger.

INSATS 64

Medel bör delas ut av Myndigheten för skolutveckling till skolor som vill utveckla försöksverksamhet kring goda matvanor och fysisk aktivitet.

Aktör: Regeringen

Kostnad: 20 miljoner kronor per år

MOTIV

Skolbaserade program, som även inkluderar skolans fritidsverksamhet, om matvanor och fysisk aktivitet behöver utvecklas. Det finns många idéer och en stark vilja i många skolor att arbeta mer aktivt, innovativt och integrerat med verksamhet kring dessa frågor. För att komma igång med ett sådant arbete behövs ofta material, kunskapsinhämtning och möjlighet att ta del av andras erfarenheter. Inte minst behövs möjligheter för olika personalkategorier på skolan att utveckla ett samarbete och samsyn om matvanor och fysisk aktivitet. Utvärdering och dokumentation, som håller en hög vetenskaplig nivå, exempelvis genom samarbete med universitet och högskolor, måste ingå i sådana projekt. En undersökning från fyra Stockholmsförorter visades att barn i skolår 6 var kunniga om

sambanden mellan mat, fysisk aktivitet och hälsa (bilaga 18). Barn från socio-ekonomiskt starka områden upplevde dessutom att de själva hade möjlighet att göra medvetna val, något som inte var lika tydligt hos barn i socioekonomiskt svaga områden. Skolor i resurssvaga områden har alltså en särskilt viktig uppgift att skapa ett medvetet förhållningssätt till mat, fysisk aktivitet och hälsa, så att kunskaper och faktiskt handlande överensstämmer med varandra. Det finns goda erfarenheter både från Sverige och utlandet på att förbättrad undervisning i mat och fysisk aktivitet i kombination med ökad tillgång på frukt, bättre skolmat och involvering av föräldrar kan leda till bättre matvanor och ökad fysisk aktivitet (7–11). Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdom (NCFE) har genom sitt uppdrag att stödja skolor i deras hälsofrämjande arbete en viktig funktion för denna typ av utvecklingsarbete i skolan. Centrumet bör sträva efter att integrera mat och fysisk aktivitet i sin verksamhet.

INSATS 65

Frågor om mat och fysisk aktivitet bör integreras och inta en central plats i utbildningen om hållbar utveckling.

Aktör: Regeringen

MOTIV

FN har bestämt att utbildning för hållbar utveckling ska vara ett prioriterat område under perioden 2005–2014. Regeringen har som ett svar på detta utrett hur utbildningssystemet på alla nivåer kan arbeta för ekonomiskt, socialt och miljömässigt hållbar utveckling (12). Mot bakgrund av dessa överordnade prioriteringar, och med tanke på att folkhälsomålen och miljökvalitetsmålen är nära sammankopplade, är det angeläget att matvanor och fysisk aktivitet integreras och görs till en central del i utvecklingen av skolans arbete med hållbar utveckling.

I regeringens skrivelse ”En svensk strategi för hållbar utveckling” (2003/04: 129) framhålls att hållbara matvanor ur ett hälsoperspektiv är en viktig del av en hållbar konsumtion. Att i högre utsträckning äta enligt gällande näringsrekommendationer kan bidra till att många av miljömålen nås. Valen av livsmedel kan anpassas så de bidrar till bättre folkhälsa samtidigt som de ger så låg miljöpåverkan som möjligt. Att detta är fullt möjligt att kombinera har visats i flera rapporter (13–16).

Ökad fysisk aktivitet i befolkningen kan också ses som en viktig komponent i hållbar utveckling. I stort sett alla insatser som ökar människors fysiska aktivitet bidrar till en hållbar utveckling och många av miljökvalitetsmålen kan bidra till att förbättra människors förutsättningar för fysisk aktivitet.

Ökad fysisk aktivitet och goda matvanor kan bidra till ekonomisk hållbarhet. Dels kan fysisk aktivitet och ändrade matvanor ersätta eller komplettera en del av

läkemedelsbehandlingen, dels kan fysisk aktivitet och goda matvanor förebygga många folksjukdomar. Därmed minskas kostnaderna för sjukvård och produktionsbortfall.

Utredningen om lärande för hållbar utveckling (12) konstaterar att styrsystemen för skolektorn och högskolesektorn främjar utbildning för hållbar utveckling, men att den nödvändiga integreringen av ekonomiska, sociala och miljömässiga dimensioner saknas. I de flesta verksamheter fokuseras fortfarande enbart på miljöfrågor. Lärare uttrycker osäkerhet om hur perspektivet hållbar utveckling ska konkretiseras i pedagogisk verksamhet och efterfrågar fortbildning. Detta kan förklara varför det verklighetsbaserade lärandet, som utbildning för hållbar utveckling kräver, förefaller bristfälligt och att det finns utrymme för att i större utsträckning tillämpa ämnesövergripande samarbeten. Utredningen (12) föreslår mot bakgrund av detta att skollagen och högskolelagen ändras så att det framgår att verksamheten ska främja alla dimensioner av hållbar utveckling, varvid menas ett helhetstänkande kring miljö och hälsa, ekonomisk och social välfärd samt rättvisa.

INSATS 66

Fortsatt stöd bör ges till Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdom (NCFE) och ett utökat mandat så att det kan verka för en integration av goda matvanor och fysisk aktivitet och som även inkluderar förskolans verksamhet.

Aktör: Regeringen

Kostnad: 6 miljoner kronor per år

MOTIV

Enligt ett tillägg till skollagen från 2003 (17–18) ska skolan sträva efter att erbjuda alla elever daglig fysisk aktivitet inom ramen för hela skoldagen. Regeringen vill anlägga ett brett ämnesövergripande perspektiv på fysisk aktivitet och därför är fysisk aktivitet inte bara en fråga för ämnet idrott och hälsa. Det ankommer dock på varje skola att själv, utifrån de lokala förutsättningarna, hitta former för hur elever kan erbjudas någon form av fysisk aktivitet. Skolorna behöver stöd och idéer för hur de ska arbeta med att stimulera till ökad fysisk aktivitet. Under 2004 inrättades därför Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdom (19). NCFE består av en nationell styrelse, ett kansli placerat vid Örebro universitet och ett vetenskapligt råd. NCFE ska utifrån skolans övergripande mål och riktlinjer stödja skolor i arbetet med ökad fysisk aktivitet och andra hälsofrämjande verksamheter. Detta centrum bör kunna tjäna som modell för ett arenainriktat resurscentrum inom ett avgränsat område.

Nuvarande uppgifter är i huvudsak handledning, metodstöd, kunskapsstöd samt utvärdering och uppföljning. Myndigheten för skolutveckling ska regelbundet redovisa till regeringen i vilken utsträckning skolorna lyckas förverkliga målet.

Erfarenheterna hittills visar att rektorns och/eller skolledarens engagemang och stöd för fysisk aktivitet är helt avgörande för hur man lyckas implementera detta i vardagen. Politisk förankring och stöd i den lokala skolplanen och hos förvaltningschefen är också framgångsfaktorer. Skolor, som har anammat ett helhetstänkande enligt konceptet ”hälsofrämjande skola”, har oftast lyckats bättre även med fysisk aktivitet (J. Tranqvist, NCFF, personlig kommunikation).

I dag fokuseras NCFFs resurser på grundskolan och gymnasieskola. Framöver bör detta centrum även bidra till integreringen av fysisk aktivitet och matvanor samt inkludera förskolans verksamhet och bör därför få ett utökat mandat och erforderliga ekonomiska resurser för uppdraget.

INSATS 67

Ämnet Idrott och hälsa bör utvecklas och kvalitetssäkras. Speciellt lågaktiva barns önskemål och behov ska beaktas, liksom genusperspektivet i undervisningen.

Aktör: Skolverket

MOTIV

Skolämnet idrott och hälsa har genomgått stora förändringar i fokus och innehåll, men är ett av de mest uppskattade ämnena år efter år. En utvärdering av idrott och hälsa under 2002 (17) pekade på både positiva och negativa aspekter. Positivt var bl a att tonvikten i ämnet har förskjutits från prestation och tävlan, till innehåll som syftar till att skapa ett intresse för rörelse och lek. En majoritet av både elever och idrottslärare trivs med ämnet och de deltagande eleverna uppger att de lär sig mycket; och lärarna upplever att tid och utrymme för ämnet är relativt konstant och att frånvaron inte har ökat. Däremot fanns ett antal problemområden. En betydande andel elever upplever att de inte är delaktiga och aktiva i ämnet med negativa konsekvenser för inlärning och inställning till rörelse. De upplever vidare att de känner sig klumpiga och dåliga, och får inte samma möjlighet som mer aktiva elever att visa vad de kan. Ämnet verkar i större utsträckning möta pojkars behov och intressen och flickors önskemål kommer oftare i skymundan.

Elevfrånvaro i gymnasieskolan, och det faktum att s k friskolor inte har idrott och hälsa i samma utsträckning som kommunala skolor, är andra problem som lyfts fram i rapporten. Utvärderingen visar att det finns behov av en kvalitetsutveckling inom ämnet för att alla ska känna sig nöjda och delaktiga i undervisningen – flickor och pojkar, idrottsintresserade såväl som mindre aktiva. Officiell statistik visar könsskillnader i deltagande och betyg i idrott och hälsa.

Läsåret 2001/02 var det 7,3 procent av eleverna i skolår 9 (6,2 procent pojkar, 8,5 procent flickor) som ej har nått målen för ämnet. Det är det enda skolämne där flickor i större utsträckning än pojkar inte når målen i skolår 9 (17). Flickorna är dessutom mindre aktiva på lektionerna. Nästan sju av tio pojkar i skolår 9 är alltid med på lektionerna och blir ansträngda. För flickorna är det knappt hälften så många, tre av tio, som alltid är med på lektionerna i idrott och hälsa och blir andfådda och svettiga. Hela 35 procent av flickorna rör sig inte särskilt mycket jämfört med 14 procent bland pojkarna. Det finns således ett stort behov av att i högre utsträckning beakta flickors behov och intressen i ämnet, exempelvis satsa på dans och rytmik.

Friluftsupervisningen är en form av undervisning som kan engagera icke-idrottsintresserade barn och ungdomar, och som därför borde prioriteras högre. Enligt Lpo94 är friluftsverksamhet en central del av ämnet idrott och hälsa. Kursplanen gör en koppling mellan friluftsliv och intresse för natur och miljöfrågor. Genom undervisningen ska eleverna få kunskaper och färdigheter i att bedriva friluftsliv. Syftet är att väcka ett intresse för friluftsliv, natur och miljöfrågor samt att väcka engagemang för betydelsen av att skydda och vårda natur och miljö. På grundskolan hade man 3,75 heldagar och 2,34 halvdagar med friluftsverksamhet i genomsnitt läsåret 2000/01. På gymnasiet är det något färre dagar; 2,42 heldagar och 1,75 halvdagar samma läsår. Det är en mycket stor variation mellan skolorna. Friluftsdagarna präglas av idrottslig aktivitet snarare än friluftsliv och lärarna i idrott och hälsa bedömer elevernas kunskaper i friluftsliv som bristfälliga. Grundskolan tycks i dag inte fylla funktionen som den instans som kan erbjuda alla ungdomar samma villkor för att ta del av friluftsliv och därmed motverka dess sociala stratifiering (18).

En annan komponent som borde få större utrymme i undervisningen är motorisk träning. När rörelseförmågan utvecklas ökar även möjligheterna att känna trygghet och tillit till den egna kroppen (8). Motorisk förmåga kan därför ha stor betydelse för hur lek och idrott upplevs och uppskattas (20). Om barnen tillägnar sig grundläggande motorisk kompetens finns bättre förutsättningar för att uppleva rörelseglädje och känna lust till fysisk aktivitet i såväl unga år som senare i livet (21). Erövrade motoriska färdigheter är en förutsättning för att kunna delta i en organiserad fysisk aktivitet (22). Detta poängterar hur viktigt det är att utövandet av grundläggande motoriska färdigheter får adekvat tidsutrymme vid rörelseträning och att det specifikt övas i unga år. Motorikobservationer i Bunkefloprojektet visade att endast 43 procent av eleverna vid skolstarten hade god motorik motsvarande vad som kan förväntas av 6–7 åringar (8). Fyra av tio elever i skolår 6 hade små eller stora motoriska brister, och pojkar i skolår 6 och 9 bedömdes vara motoriskt skickligare än flickor i samma ålder (23). Fler studier har visat att barn som har motoriska brister vid skolstarten får problem med läs och skrivinläringen senare i skolan. Resultatet från Bunkefloprojektet visar att även graden av motoriska brister kan ha betydelse för skolprestationer i svenska och matematik (8). Enligt läroplanen, Lpo94 (24), har skolan ett särskilt ansvar

för elever som har brister i sin fysiska förmåga eller andra svårigheter i samband med kroppsrörelser och friluftsliv.

INSATS 68

Kvalitetsindikatorer för undervisningen om matvanor, fysisk aktivitet och hälsa och hälsofrämjande miljöer avseende matvanor och fysisk aktivitet i förskolan och skolan bör utvecklas och finnas med vid inspektion, granskning och utvärdering.

Aktör: Skolverket

INSATS 69

I kommunernas kvalitetsredovisningar av förskolornas- och skolornas arbete bör finnas beskrivet hur miljön främjar goda matvanor och fysisk aktivitet. Undervisningen om matvanor och hälsa bör dessutom utgöra ett indikatorsområde.

Aktör: Kommunerna

MOTIV

Skolans verksamhet utvärderas och följs regelbundet dels genom kommunernas kvalitetsredovisningar, dels genom Skolverkets utbildningsinspektion. Redovisningarna är främst ett hjälpmedel för skolans eget arbete med kvalitetsutveckling. Kvalitetsredovisning för skolorna är för närvarande under utredning och kommer eventuellt att i högre grad styras upp nationellt av Skolverket (25). Det är viktigt att beakta att indikatorer för undervisningen om matvanor och fysisk aktivitet samt hälsofrämjande miljöer avseende mat och fysisk aktivitet utvecklas och kommer med i de redovisningar som görs på kommunal och/eller nationell nivå.

INSATS 70

Ämnet Hem- och konsumentkunskap bör förstärkas. Särskild vikt bör läggas vid matvanornas betydelse för hälsan och kunskap om marknadsföring av livsmedel. Genusperspektivet i undervisningen bör beaktas.

Aktör: Kommunerna/rektorer

MOTIV

Kunskapsämnena beskrivs i kursplaner som anger målen för undervisningen i varje enskilt ämne. Undervisningen om mat och hälsa bedrivs inom hem- och konsumentkunskap och i någon mån i idrott och hälsa. I kursplanerna för samhällskunskap, svenska, biologi och naturkunskap i grund- och gymnasieskolan finns möjlighet till tolkning på så sätt att undervisning om mat och hälsa kan inkluderas. Men det är endast i hem- och konsumentkunskap och i idrott och hälsa som det tydligt står att så bör ske. I hem- och konsumentkunskap behandlas mat, måltider, näringslära och hälsa. Dessutom ska ämnet lära eleverna att kritiskt granska utbudet av livsmedel och göra kloka val för sin egen och andras hälsa. En viktig del i konsumentkunskapen är att lära sig värdera budskap, hantera marknadsföring och bli en kritisk konsument. Inom ämnet hem- och konsumentkunskap ges dessutom möjlighet att praktiskt tillämpa kunskaper om vad som är hälsosam mat genom att laga till och smaka maten. Ämnet är obligatoriskt i grundskolan men utgör endast 0,75 procent av den totala undervisningen i grundskolan och är i timantal skolans minsta ämne. Det förefaller orealistiskt att med så lite tid ta upp alla de aspekter som ämnet inkluderar. Ämnet bör fokusera på matvanors betydelse för hälsan samt på granskning av marknadsföring av livsmedel. Det bör eftersträvas att alla lärare är behöriga samt att lokalerna är ändamålsenliga och välutrustade.

Hem- och konsumentkunskap har nyligen utvärderats (26). Utvärderingen visar att både föräldrar och elever är positiva till ämnet och att det är till nytta och användning för vardagslivet. Däremot visar ämnet fortsatta brister vad gäller jämställdhetsmålet. Av samtliga ämnen är detta det ämne som uppvisar störst betygsskillnad mellan pojkar och flickor. Utredarna sammanfattar med att hem- och konsumentkunskap har stor potential att utvecklas, bland annat genom att det behandlar ämnen som miljö, mat, måltider, hälsa och konsumtion.

INSATS 71

Fritidsverksamhet som inkluderar fysisk aktivitet inom skolans ram bör utvecklas och kvalitetssäkras.

Aktör: Kommuner och rektorer i samarbete med Riksidrottsförbundet

MOTIV

Som ett led i att stimulera fler barn att röra sig och utveckla färdigheter på lika villkor påbörjades sk idrottsskolor under 1980-talet som även anammats av Riksidrottsförbundet Idrottsskolan ("Sportis") är icke-tävlingsinriktad fritidsverksamhet förankrad i närmiljön som främst riktar sig till barn upp till 12 år (27). Idrottsskolan bör ses som en möjlighet för barn, speciellt de mest stillasittande, att uppnå rekommendationen om 60 minuter fysisk aktivitet per dag. Målen för idrottsskolan är att:

- ge alla barn möjlighet till rörelseträning som är anpassad till varje barns utvecklingsnivå och som stärker självkänsla och självförtroende.
- ge flickor och pojkar lika stora möjligheter till idrott.
- erbjuda barn rolig och omväxlande träning som genom utmaningar och stimulans skapar ett bestående intresse för kroppsrörelse.
- låta barn pröva på och lära sig grunderna i olika idrotter så att de senare kan göra egna val av idrottsaktiviteter.

Ledarna består till största delen av föräldrar till barn i gruppen som arbetar i ett ledarlag där det finns 2–4 ledare för en grupp på cirka 15–20 barn. I samband med att staten avsatte drygt 1 miljard kronor extra till idrotten, det sk Handslaget med idrotten, kan pengar numera sökas av idrottsföreningar för att organisera idrottsaktiviteter i skolan under och efter skoltid. Barnen får genom idrottsskolan motorisk träning, smak för fysisk aktivitet och en god möjlighet att öka självförtroendet och självkänslan.

INSATS 72

Arbete med goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i skolan bör integreras med arbetet att stärka sociala relationer och psykisk hälsa.

Aktör: Kommunen/rektor

MOTIV

Sociala färdigheter och kompetens (t ex positiv självuppfattning) är viktiga skyddsfaktorer mot riskbeteende eller som bidrag till en sundare livsstil och bättre psykisk hälsa (28). Den psykosociala arbetsmiljön i skolan har betydelse för barns hälsa. Socialt stöd och social integration tycks ha en positiv effekt på både den psykiska och fysiska hälsan, delvis därför att det främjar självkänsla, självförtroende och utvecklar social kompetens. Tidigare forskning har visat att det finns samband mellan psykisk ohälsa och låg självkänsla (29) och flera studier visar också att det finns samband mellan övervikt och låg självkänsla (30–31). I en nyligen genomförd svensk studie (31) var ungdomars självkänsla kopplat till levnadsvanor. Ungdomar med låg självkänsla åt oftare onyttig mat och hade mer oregelbundna måltidsvanor än övriga. Pojkar med låg självkänsla hade dessutom högre BMI och större midjeomfång än dem med hög självkänsla. Ungdomar med låg självkänsla var mer stillasittande och mindre fysiskt aktiva än dem med hög självkänsla. I en annan svensk studie (32) visades att träning och motion påverkar ungdomars självuppfattning och kroppsuppfattning positivt. Dessutom visades att för tidigare fysisk inaktiva flickor i tonåren kan strukturerade motions- och träningsprogram över sex månader minska en speciell typ av oro/ångest för att andra ska bedöma ens kropp negativt (s k social kroppsanspänning). Det är också värt att notera att låg självkänsla ofta följs av andra symtom och problem hos ungdomar såsom ensamhetskänslor, nedstämdhet, cigarettrökning och alkoholkonsumtion (33).

Kamratrelationer i skolan är relaterade till den psykiska hälsan bland svenska barn och ungdomar (34). Sambandet mellan goda sociala relationer och psykiskt välmående är tydligt på individnivå men har även återfunnits på skolklassnivå (35). I skolklasser där det finns marginaliserade barn mår eleverna i allmänhet sämre än i andra skolklasser vilket indikerar att existensen av marginaliserade barn pekar på att det föreligger problematiska förhållanden för gruppen som helhet.

Skolbaserade program med hälsofrämjande inriktning inkluderande skolhälsovården, personalfortbildning, pedagogiska insatser i klassrummen och särskilda insatser för grupper av högriskelever bör utvecklas (36). Det är också av största vikt att fortlöpande följa indikatorer på detta område i Sverige på det sätt som det görs i välfärdsundersökningar bland barn och ungdomar i t ex Barn-ULF. Integrerade insatser mot både övervikt och ätstörningar behöver utvecklas, detta för att skolelever inte ska behöva mötas av motstridiga budskap (37). Det är särskilt viktigt att man stärker självkänslan, bl a genom att stärka sociala rela-

tioner. Det finns goda förhoppningar om att denna åtgärd kan förebygga ätstörningar samt skapa förutsättningar för att eleverna utvecklar goda matvanor och ökad fysisk aktivitet.

Se vidare bilaga 3.

Yrkesutbildning i gymnasieskola och högskola/universitet

INSATS 73

I gymnasieskolan bör utbildningar som leder till yrken inom vård, förskola, livsmedelssektorn och omsorg, t ex undersköterskor, restaurangpersonal och barnskötare, innehålla karaktärsämnen i mat, fysisk aktivitet och hälsa.

Aktör: Regeringen och Skolverket

INSATS 74

På universitet och högskolor bör kurser utvecklas om matvanor, fysisk aktivitet och hälsokommunikation som kan ingå vilka valfria eller obligatoriska moment inom grund- och fortbildning i utbildningar för yrken inom skola, omsorg, vård och livsmedelstillsyn.

Aktör: Högskola och universitet

MOTIV

Flera yrkesgrupper, särskilt inom vård, skola och omsorg, ger genom sin yrkesutövning råd om mat och fysisk aktivitet och måste inom dessa yrken också förhålla sig till sina faktorer i sitt arbete. Miljö- och hälsoskyddsinspektörer, restaurangpersonal samt personer med personalansvar är grupper som har inflytande på mat som serveras i olika sammanhang. Allmänhet, föräldrar och patienter hyser ofta stort förtroende för yrkesgrupper inom vård, skola och omsorg. Dessutom befinner de sig i sitt möte med dessa personalgrupper ofta i en livssituation då de är starkt mottagliga för råd och information. Detta gäller särskilt gravida, småbarnsföräldrar och patienter. Personer i lägre socioekonomiska grupper verkar hysa särskilt stort förtroende för dessa yrkesgrupper (38). Samtidigt träffar dessa yrkesgrupper stora delar av befolkningen. Personal inom förskola och skola möter alla barn under lång tid och fungerar som förmedlare av en hälsofrämjande livsstil i sitt förhållningssätt till samt kunskapsförmedling om matvanor och fysisk aktivitet. Personal inom mödra- och barnhälsovården möter alla gravida kvinnor respektive småbarnsföräldrar. Personal inom tandvården träffar alla barn årligen och 80 procent av den vuxna befolkningen inom en tvåårsperiod (R. Svensson. Svenska Tandläkarförbundet, personlig kommunikation).

Många av dessa yrkesgrupper saknar eller har bristfällig kompetens om mat, fysisk aktivitet och kopplingen till hälsa och särskilt i hur man förmedlar sådan kunskap och motiverar till beteendeförändringar. Det senare är inte minst viktigt med avseende på socialt utsatta grupper och grupper med olika etnisk bakgrund. I en nyligen utförd undersökning fann man stora brister i kost- och näringslära-

undervisningen inom olika skol-, vård- och omsorgsutbildningar (39). Näringslära och dietetik förekom inte som en del av kursplanen på barn- och fritidsprogrammet eller lärarutbildningarna. Detsamma gällde sjuksköterskeutbildningen och omvårdnadsprogrammet där näringslära inte förekommer som ett självständigt ämne. Näringsrekommendationer för friska och sjuka inklusive äldres speciella behov borde vara prioriterade ämnen under dessa utbildningar. I restaurangutbildningen för blivande kockar ingår inte heller någon omfattande undervisning i näringslära. I lärarutbildningarna ingår inga eller mycket begränsade kurser i mat, fysisk aktivitet och hälsa (1, bilaga 17).

Alla lärarstuderande läser ett allmänt utbildningsområde som omfattar 60 poäng. Eftersom regeringen särskilt vill lyfta fram begreppet hållbar utveckling bör lärarnas utbildning om matvanornas och den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan och dess betydelse för en hållbar utveckling betonas mera. Rektorsutbildningen har heller inga moment om mat, fysisk aktivitet och hälsa. I intervjuer med rektorer i fyra Stockholmsförorter framkom att rektorer agerar utifrån de sociala förutsättningarna i de områden de arbetar, när de identifierar vad som är skolans respektive hemmens ansvar för barnens matvanor (bilaga 18). Inom ramen för en kommande översyn av rektorsutbildningen, som Myndigheten för skolutveckling ska utföra, bör myndigheten beakta dessa frågor i syfte att förstärka frågorna i utbildningen. Inom olika utbildningar i vårdsektorn ingår näringslära i vissa utbildningar men i mycket begränsad omfattning. En förutsättning för att skolans personal ska kunna förhålla sig till mat och fysisk aktivitet på ett hälsofrämjande sätt och för att vårdpersonal ska kunna samtala med patienter och främja beteendeförändringar, är att de får bättre kunskap om matens och den fysiska aktivitetens betydelse för hälsan samt om hälsokommunikation.

Utbildningar för yrkesgrupper inom utbildningssektorn (barnskötare, förskolelärare, lärare för yngre och äldre barn, gymnasielärare, rektorer, fritidspedagoger, fritidsledare) bör innehålla moment om matens och aktivitetens betydelse för hälsan, hur man verkar för en hälsofrämjande miljö avseende mat och fysisk aktivitet, samt moment om friluftsliv, utomhuspedagogik och konsumentkunskap.

Utbildningar för yrkesgrupper inom vårdsektorn (undersköterskor, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, tandläkare, tandsköterskor, tandhygienister, omsorgspersonal) bör innehålla kurser i näringslära, matens och aktivitetens betydelse för hälsan, kurser om hur man framgångsrikt förmedlar och kommunicerar budskap om förändrade matvanor och andra levnadsvanor, särskilt i socialt utsatta grupper, genom motiverande samtal samt även pedagogisk metodik för att stärka ett gott samspel mellan föräldrar och barn.

Utbildning för personal inom livsmedelssektorn (miljö- och hälsoskyddsinspektörer, restaurangpersonal) bör innehålla kurser i näringslära, grundläggande näringsberäkning av måltider samt regler för symbolmärkning.

INSATS 75

Antalet utbildningsplatser för utbildning till lärare i hem- och konsumentkunskap bör utökas samt möjligheten för studerande vid andra högskolors lärarprogram att komplettera med ämnesstudier i hem- och konsumentkunskap vid högskolor/universitet som erbjuder detta bör utvecklas.

Aktör: Varje högskola/universitet

MOTIV

Det saknas hem- och konsumentkunskapslärare i skolorna i dag. Endast 42 procent av tjänsterna är besatta med behöriga lärare. Det går inte att stärka detta ämne om inte fler behöriga lärare tillsätts. Medelåldern är hög och behovet av utbildade lärare i detta ämne kommer att öka de närmaste åren.

Referenser

1. Rosén M. Mat och hälsa i undervisningen – Skolan och lärarutbildningen. Uppsala: Livsmedelsverket; 2004. Rapport 13/2004.
2. Utbildningsdepartementet; 1998. Läroplan för förskolan, Lpfö 98.
3. SBU. Förebyggande åtgärder mot fetma. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; november 2004.
4. Bremberg S. Att minska sociala skillnader i hälsa bland barn och unga – underlag till en nationell strategi. Socialmedicinsk Tidskrift. In press.
5. Dnr 21-03-0153. Remissvar till SOU 2002:121.
6. Nordlund, G, Jacobsson T. Gymnasieelevernas matvanor. Del 2. Om gymnasieelevers matvanor och attityder till skolmåltider och måltidssituationer i skolan och hemma samt konsekvenser av skolmåltidsavgifter. Pedagogiska institutionen, Umeå universitet; 1999. Pedagogisk rapport nr 57.
7. Boström M, Garback A, Nyberg G, Wikzén M, Karpmyr M, Marcus M. STOPP: Stockholm Obesity Prevention Project: A school-based obesity prevention project among 6–10 year old children. International Journal of Obesity 2004;28(Supp 1):189.
8. Ericsson I. Motorik, koncentrationsförmåga och skolprestationer: en interventionsstudie i skolor 1–3. Malmö: Malmö högskola; 2003. Doktorsavhandling.
9. UK Department of Health. The National School Fruit Scheme. NHS and Healthy Schools 2002. www.dod.gov.uk/schoolfruitscheme.
10. Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Sobal AM, Dixit S, Fox N. Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: Planet Health. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1999;153:409-18.
11. Northern Rivers Area Health Service Health Promotion. The Tooty Fruity Veggie (TFV) Project. Report posted on NSW Health Promoting Schools website <http://www.health.nsw.gov.au/public-health/health-promotion/settings/schools/case-studies.html>.
12. SOU 2004:104. Att lära för en hållbar utveckling.
13. Naturvårdsverket. Att äta för en bättre miljö. Stockholm: Naturvårdsverket; 1997. Rapport 4830.
14. Nordic Council of Ministers. Factor 4 and 10 in the Nordic Countries, the Transport Sector – the Forest Sector – the Building and real Estate Sector – the Food Supply Chain. Nordic Council of Ministers; 1999. Tema Nord Environment.
15. Swedish Environmental Protection Agency. A Sustainable Food Supply Chain – A Swedish Case Study. Stockholm: Swedish Environmental Protection Agency; 1999. Report 4966.
16. Pimentel D, et al., red. Ecological integrity; integrating environment, conservation and health. Washington (DC): Island Press; 2000.

17. SKOLFS 2003:17 Förordning om ändring i förordningen (SKOLFS 1994:1) om läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet, 2003-02-27.
18. SKOLFS 2003:18 Förordning om ändring i förordningen (SKOLFS 1994:2) om 1994 års läroplan för de frivilliga skolformerna, 2003-02-27.
19. SFS 2003:305 Förordning om Nationellt centrum för främjande av fysisk aktivitet hos barn och ungdom, 2003-05-22.
20. Åhs O. Utveckling genom lek och idrott. Stockholm: Natur och Kultur; 1986.
21. Nyberg M, Tidén A. ”Flå katt” är det något att kunna? Håkan Larsson och Karin Redelius (red). I: Mellan Nyttan och Nöjen. Bilder av ämnet idrott och hälsa. Stockholm: Idrottshögskolan i Stockholm, IHS; 2004. s. 189-204.
22. Okely AD, Booth ML, Patterson JW. Relationship of physical activity to fundamental movement skills among adolescents. Med Sci Sports Exerc 2001;33:1899-904.
23. Nyberg M, Tidén A. Bilder av ämnet idrott och hälsa. Håkan Larsson och Karin Redelius (red). I: Mellan Nyttan och Nöjen. Stockholm: Idrottshögskolan i Stockholm, IHS; 2004. s. 189-204.
24. Utbildningsdepartementet 1994 Läroplan för det obligatoriska skolväsendet, förskoleklassen och fritidshemmet, Lpo94.
25. Regeringsbeslut 2004-07-08, nr 7.
26. Skolverket. Nationella utvärderingen av grundskolan 2003. Stockholm: Skolverket 2003; Sammanfattande huvudrapport. Dnr. 75-2001:04045.
27. RF. Sportis – Idrottsskola med barn i centrum. RF broschyr: Riksidrottsförbundet; 2004. <http://www.rf.se/files/%7BCABF29F3-6018-4D2A-B4DA-2880C9DA29B7%7D.pdf>.
28. Ogden T. Social kompetens och problembeteende i skolan – kompetensutvecklande och problemlösande arbete. Stockholm: Liber AB; 2003.
29. Guillon MS, Crocq MA, Bailey PE. The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. Eur Psychiatry 2003;18:59-62.
30. French SA, Story M, Perry CL. Self-esteem and obesity in children and adolescents: a literature review. Obesity Reviews 1995;3:479-90.
31. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C, Schäfer Elinder L. COMPASS – en studie i sydvästra Storstockholm. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. Stockholm: Samhällsmedicin och Statens folkhälsoinstitut; 2004. R 2004:1.
32. Lindwall M. Exercising the Self: On the Role of Exercise, Gender and Culture in Physical Self-Perceptions. Stockholm: Department of Psychology, Stockholm University; 2004.
33. Strauss RS. Childhood obesity and self-esteem. Pediatrics 2000;105(1):e15.
34. SOU 2001:55. Hälsa och välbefinnande. Barns och ungdomars välfärd. Forskarantologi från kommittén Valfärdsboksut.
35. Östberg V. Children in classrooms: peer status, status distribution and mental well-being. Social Science & Medicine 2003;56:17-29.

36. Neumark-Sztainer D. School-based programs for preventing eating disturbances. J Sch Health 1996;66:64-71.
37. Neumark-Sztainer D. Obesity and eating disorder prevention: An integrated approach? Adolescent Medicine 2003;14:159-173.
38. Karlsson G, Hammers L, Jakobsson A. Rapport: Kommunikation av kostråd. LUI Univero. Nov 2004-11-11.
39. Svensk dietist och kostekonomförening. Är kunskap i näringslära viktig inom skola, vård och omsorg? 2004.

Äldrepolitik

De nationella målen för äldrepolitiken anger att äldre ska kunna leva ett aktivt liv. För äldre utgör fysisk aktivitet, träning och god mat en särskilt viktig del i att förebygga ohälsa, förbättra fysisk och psykisk förmåga och därmed bibehålla både känslan av att må bra och hög grad av personlig självständighet. Fyra hörnpelare har visat sig vara avgörande för en bättre hälsa bland äldre: fysisk aktivitet, goda matvanor, socialt stöd/gemenskap och att ha en meningsfull uppgift/känna sig behövd (1).

Sexton procent av dem som är över 65 år har kontakt med äldreomsorg eller hemtjänst, varav 7 procent (118 600) bor i särskilt boende. För dem över 85 år är motsvarande siffror 38 respektive 33 procent. De äldre som är beroende av hjälp och stöd utgör en grupp som tidigare identifierats som en riskgrupp ifråga om nutritionsproblem (2). Detta beror på många olika faktorer och olika problem kopplade till individen, som låg energiomsättning, aptitnedsättning eller ätsvårigheter. Det kan även bero på problem som är mer relaterade till den organisation som inom omsorgens ram ordnar mat och måltider för omsorgsmottagarna. I relation till detta har exempelvis otillräcklig kunskap hos personalen och olämplig måltidsordning framhållits som problem (2). I utredningen "Hälsa på lika villkor" anges att äldre inom särskilda boendeformer bör uppmuntras till fysisk aktivitet (3). Organisation och problem med måthållning för äldre beskrivs utförligare i bilaga 13.

INSATS 76

En utredning bör tillsättas som ska analysera organisationen kring måltidssituationen inom äldreomsorgen.

Aktör: Socialstyrelsen i samarbete med Livsmedelsverket, Sveriges kommuner och landsting

Kostnad: 500 000 kronor

MOTIV

I en studie om äldreomsorgens måltidsverksamhet (4) framkom att organisationen av mat och måltider var otydlig, både i vad som faktiskt borde erbjudas de äldre och vem som var ansvarig för att de hade möjlighet att erhålla ett adekvat näringsintag vid värdiga måltider. Det var också uppenbart att politiker och olika personalgrupper inom organisationen var tämligen missnöjda med den mat och de måltider äldre erbjöds. Samtidigt kände de sig maktlösa i frågan och hänvisade den till någon annan som de betraktade som mer ansvarig. Det faktum att problemen kring mat kan betraktas som såväl rent hälso/näringsmässiga som en bemötandeproblematik kring integritet och sociala behov utgör också en komplexitet som

kan vara svår att hantera inom omsorgen. På grund av frågornas komplicerade natur är det således motiverat att föreslå en särskild utredning.

En sådan utredning kan ha anledning att klarlägga:

- Eventuellt behov av lagstiftning för att säkerställa ett adekvat kosthåll (inklusive krav på matens näringsmässiga kvalitet och måltidernas fördelning över dagen) inom den kommunala omsorgen.
- Ansvarsfördelning på myndighetsnivå.
- Kriterier att användas vid tillsyn och som inbegriper både mat och måltider, samt social omsorg.
- Kravspecifikationer med åtföljande kvalitetsuppföljning i samband med upphandling av måltider.
- Behovet av en central befattning på berörd myndighet som ska vara ansvarig för frågor som berör omsorgstagares kosthåll.
- Kostkompetens som används både till organisatoriska frågor och som stöd och hjälp till personal, äldre och funktionshindrade samt deras anhöriga.
- Möjligheterna för hemmaboende äldre att regelbundet få förebyggande hembesök med bl a rådgivning om samt bra mat för äldre.
- Former för att stödja pensionärsorganisationernas och andra ideella föreningars initiativ och insatser.

INSATS 77

Vägledning och kvalitetsindikatorer för mat och fysisk aktivitet bör utarbetas inom äldreomsorgen.

Aktör: Kommunerna i samråd med Livsmedelsverket och Statens folkhälsoinstitut

MOTIV

Även om stat, landsting och kommuner tillsammans har ett ansvar för den omsorg som finns för äldre så är det kommunerna som enligt lag har ansvaret för vård och omsorg av dem. Ansvaret medför att även den mat och de måltider som serveras inom verksamheterna är kommunernas ansvar. Hur kommunerna organiserar detta och vilka resurser de ställer till verksamheternas förfogande varierar betydligt. Detta innebär att både organiserandet av den kommunala omsorgen och matförsörjningen inom omsorgens ram är till både utformning och innehåll skiftande. Det finns inga sammanställningar av hur Sveriges kommuner organiserar verksamheter som berör mat och måltider för dem som är beroende av äldreomsorg. I en kartläggning av kommunernas/kommundelars/stadsdelars kost- och nutritionsarbete inom äldreomsorgen besvarades 251 enkäter av 418 utskickade (5).

Av dessa 251 svar angav endast 80 kommuner/kommundelar/stadsdelar att de i sitt kvalitetsarbete även inkluderat området kost och nutrition.

Trots att en övergripande utredning föreslås på nationell nivå kan kommuner redan nu påbörja arbetet med att förbättra måltidssituationen och möjligheten till fysisk aktivitet för äldre, genom att utarbeta en vägledning och kvalitetsindikatorer för mat och fysisk aktivitet inom äldreomsorgen. En sådan kan innehålla:

- Anvisningar om att måltidsverksamhet inom kommunerna bör uppfylla de nationella näringsrekommendationerna.
- Upphandling av måltidsverksamhet bör åtföljas av kravspecifikationer och kvalitetsuppföljning avseende den näringsmässiga kvaliteten.
- Kostkompetens bör finnas och användas i relation till organisatoriska frågor och till stöd till personal, äldre, funktionshindrade och deras anhöriga. Klargörande av ansvarsfördelning för kosthållet inom kommunens äldreomsorg. Hur tillgången till mat och dryck av god kvalitet kan säkerställas för dem som är beroende av stöd för detta.
- Hur äldre kan säkerställas lämplig fysisk aktivitet och daglig utevistelse.

INSATS 78

Äldre personer bör ha möjlighet till daglig fysisk aktivitet som är lämplig med hänsyn till individens ålder och hälsotillstånd samt till daglig utevistelse för att förbättra styrka, rörlighet, kondition, koordination och balans. Aktivitetsprogram anpassade för äldres behov bör utvecklas. Hemmaboende äldre bör få förebyggande hembesök med bl a rådgivning om lämplig mat och fysisk aktivitet.

Aktör: Kommunen i samarbete med relevanta föreningar

MOTIV

En kunskapssammanställning (6) slår fast evidens för faktorer som ligger till grund för att utevistelse har betydelse för hälsan hos äldre. Dessa är positiva hälsoeffekter genom solljus, luft och temperatur, genom själva utemiljön, samt positiva hälsoeffekter genom fysiska aktiviteter utomhus. Nio av tio personer i åldern 55–64 år anser att det är viktigt att ha nära till naturen när man blir äldre (7). Närhet till parker med bra gångvägar utan stora höjdskillnader och rikligt med höga parksoffor placerade i olika lägen, gör att även skröpliga äldre kan komma ut på egen hand, njuta av sol och natur, träffa bekanta och känna samhörighet (8).

Från vetenskaplig synpunkt är det helt klart att regelbunden fysisk aktivitet och träning kan reducera och förebygga olika åldersrelaterade förändringar (1). Män och kvinnor kan mycket högt upp i åren förbättra såväl kondition och uthållighet, som balans, styrka och rörlighet. Konditionsträning och styrketräning

påverkar gynnsamt riskfaktorer för hjärt-kärlsjukdom, påverkar balans, muskelstyrka, funktionsförmåga samt koordination vilket minskar risken för fallolyckor och frakturer.

Fysisk aktivitet förefaller även kunna påverka olika psykologiska faktorer hos äldre. Sammantaget talar tillgänglig forskning för att fysisk aktivitet är ett effektivt sätt att bibehålla en hög aktivitetsnivå och hög grad av självständighet hos äldre män och kvinnor. Kondition och styrka är dock en färskvara och för äldre försvinner effekterna fortare än för yngre.

Forskningen visar att äldre som går från en passiv livsstil med låg daglig fysisk aktivitet till att vara aktiva, kan förlänga oberoendet och klara sig själva i ytterligare åtta till tio år, halvera risken för stroke, minska risken för flera cancerformer, högt blodtryck m m. Genom träning erhålls en rad positiva effekter på sjukdomar som reumatisk värk, benskörhet, stress, för hög eller för låg kroppsvikt (9).

Lämpliga aktiviteter är promenader, dans, gymnastik och simning. Det är aldrig för sent att börja med fysisk aktivitet. Även äldre människor kan och har rätt till att utvecklas och lära sig nya färdigheter.

Erfarenheter från uppsökande verksamhet till friska hemmaboende äldre från hemtjänsten visar hur viktigt det är med stöd och uppmuntran.

Fysisk aktivitet är tillsammans med hembesök för att åtgärda faror i hemmet den viktigaste insatsen för att förebygga fallolyckor bland äldre (10). Nordmalingsprojektet visar att förebyggande hembesök hos hemmaboende friska pensionärer är en effektiv insats för att äldre ska kunna bibehålla en god hälsa (11).

Se vidare bilaga 3.

INSATS 79

Skapa mötesplatser i närområdet som främjar fysisk aktivitet och goda matvanor bland äldre samt minskar isolering och stillasittande.

Aktör: Kommunen i samarbete med relevanta föreningar

MOTIV

Åldrandet i sig, sjukdomar och förlust av nära och kära, kan innebära ett minskat socialt nätverk och att man behöver extra stöd att utöva sina fritidsaktiviteter (1).

Många äldre behöver få stöd kring sina matvanor både för att de ska äta tillräckligt med näringsriktig mat och för att få kunskaper i hur man lagar sin egen mat. Studieförbunden och pensionärsförbunden erbjuder aktiviteter och kunskaper, bl a gymnastik för äldre. Tillgängligheten till lokaler och kostnaden är avgörande för att ta initiativ och få med sig deltagare.

Enligt Pensionärernas riksorganisation och Svenska pensionärsföreningen finns i dag brist på mötesplatser för äldre. Dessa lokaler bör vara gratis eller sub-

ventionerade för att alla äldre ska känna att de har råd att delta i aktiviteter. Många föreningar för invandrare bedriver verksamheter och dagcentra där äldre har möjlighet att träffas. Erfarenheten visar att de föreningar som har språk- och kulturkompetens snabbt rekryterar många äldre till sina verksamheter. Det tyder på att behovet är stort och att mötesplatserna fyller en stor funktion för äldre människor (9).

Kommunens roll är att skapa goda förutsättningar för de ideella krafterna och även för de äldres organisationer. Satsningar gjordes inom ramen för Boendeservice-delegationen, som regeringen inrättade 1985, i syfte att stimulera till samverkan på lokal nivå mellan boende och föreningslivet och offentlig och kommersiell service. En underliggande tanke var att underlätta för äldre att bo kvar i sina bostäder. En erfarenhet är att kommunen kan ha en roll som koordinatör, liksom att ge stöd och skapa förutsättningar (6).

I Älmhult bidrar kommunen till ett aktivt liv och ett brett kontaktnät för pensionärer. Samverkan sker mellan kultur och fritidsnämnden och de äldre får prova vad föreningslivet har att erbjuda. Projektet fick till en början stöd av Socialdepartementet och drivs nu vidare av kommunen i ett tvärsektoriellt samarbete med landstinget och föreningslivet (1).

”Loket” är ett allaktivitetshus som drivs av äldreomsorgen i Emmaboda kommun. Det har ett uttalat folkhälsosyfte att höja människors livskvalitet, underlätta för äldre att bo kvar i sina bostäder och förebygga omsorgsbehov och ohälsa (1). Samverkan sker mellan kommun, landstinget och föreningslivet. Loket är öppet för alla oavsett ålder eller funktionshinder. Verksamheten har utvärderats och resultat visar bl a att utvecklandet av mötesplatser lett till att man lyckats nå personer med svaga nätverk, samt att detta gjort att personalen fått mer tid till att ge individuellt stöd.

Ett annat lyckat exempel på hur kommunen kan skapa mötesplatser för äldre invandrare är föreningen Bozorgan som 1996 startade ett dagcenter i Gottsunda (Uppsala kommun) med bidrag från Socialdepartementet. Föreningen vänder sig i första hand till äldre iranier och i dag deltar ett hundratal kvinnor i olika gruppaktiviteter. Verksamheten bedrivs av Uppsala kommun i ett brett samarbete mellan olika vårdenheter och biståndshandläggare. En utvärdering visar att antalet läkarbesök i gruppen har minskat med mer än hälften (12).

Referenser

1. Thille A, Hamerslag A. Folkhälsoarbete för äldre – varför och hur? Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. R 2003:63.
2. FHI och SLV. Nationella mål och strategier för nutrition 1999–2004. Stockholm och Uppsala: Folkhälsoinstitutet och Livsmedelsverket. Rapport 1999:19.
3. SOU 2000:91 Hälsa på lika villkor. Nationella mål för folkhälsan.
4. Mattsson Sydner Y. Den maktlösa måltiden – om mat inom äldreomsorgen. Uppsala: Institutionen för hushållsvetenskap, Uppsala universitet; 2002.
5. Socialstyrelsen. Kommunernas kost- och nutritionsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
6. Wånell SE. Bostaden och bostadsområdets betydelse för äldres hälsa och välbefinnande. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum; 2000. No. 2002:9.
7. SOU 2002:29 Riv ålderstrappan, delbetänkandet från Senior 2005, bilaga D, tillgänglighet och boende.
8. Agahi N, Lagergren M, Thorslund M, Wånell S-E. Hälsoutveckling och hälsofrämjande insatser på äldre dar – en kunskapssammanställning. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum; oktober 2004.
9. Wånell SE. PLUS – en utvärdering av ett projekt för stöd till ledare i föreningar med verksamheter för äldre med utländsk bakgrund. Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum; 2002. No. 2002:6.
10. Skelton D, Todd C. What are the main risk factors for falls amongst older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? WHO Europe Health Evidence Network; 2004.
http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/Fallrisk/20040318_1.
11. Sahlén KG. Effekter av förebyggande hembesök hos pigga pensionärer i Nordmaling. Umeå universitet; 2002. Cerum Working Paper 53:2002.
12. Berleen G. Bättre hälsa hos äldre. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut; 2003. R 2003:41.