

# Socioekonomiska faktorer som påverkar matvanor och fysisk aktivitet och vilka åtgärder kan förbättra situationen?

Seminarium 22 oktober, 2004, Livsmedelsverket.

## **Deltagare**

Lena Björck, Avdelningen för information och nutrition, Livsmedelsverket  
Carin Bokedal, Avdelningen för samhälle och hälsa, Statens Folkhälsoinstitut  
Sven Bremberg, Enheten för samhälle och hälsa, Statens Folkhälsoinstitut  
Åke Bruce, Avdelningen för information och nutrition, Livsmedelsverket  
Eva Callmer, Centrum för tillämpad näringslära, Stockholms Läns Landsting  
Filippa von Haartman, Enheten för levnadsvanor och sociala villkor, Statens Folkhälsoinstitut  
Elisabet Hay, Avdelningen för information och nutrition, Livsmedelsverket  
Torbjörn Hjort, Socialhögskolan, Lunds Universitet  
Martin Jansson, Sociologiska institutionen, Uppsala Universitet  
Per Lytsy, Institutionen för folkvetenskap och vårdkunskap, Uppsala Universitet  
Monika Pearson, Avdelningen för information och nutrition, Livsmedelsverket  
Lars Persson, Statistiska Central Byrån  
Finn Rasmussen, Enheten för epidemiologi, Karolinska Institutet  
Eva Roos, Folkhälsans forskningscentrum, Helsingfors  
Annica Sohlström, Avdelningen för information och nutrition, Livsmedelsverket  
Birgitta Sundberg, Sveriges Lantbruksuniversitet/Uppsala Livsmedelscentrum  
Ragnar Westerling, Institutionen för folkvetenskap och vårdkunskap, Uppsala Universitet

Åke Bruce höll i seminariet och hälsade alla välkomna.

Carin Bokedal, Statens Folkhälsoinstitut inledde med att ge en resumé över det pågående arbetet med att ta fram ett underlag för en handlingsplan om goda matvanor och ökad fysisk aktivitet i befolkningen. I uppdraget ingår att beakta socioekonomiska faktorer, kön, etnicitet och ha ett livscykel perspektiv.

## **Varför är kunskaper om socioekonomiska faktorerers betydelse för matvanor och fysisk aktivitet viktiga för handlingsplanen?**

Carin Bokedal, Statens Folkhälsoinstitut, presenterade resultat från den nyligen publicerade Nationella Folkhälsoenkäten samt resultat från COMPASS studien (2004). Den nationella folkhälsoenkäten visar klart att andelen fetma är högre i grupper med kort utbildning jämfört med grupper med längre utbildning. Kvinnliga arbetare med låg inkomst har fyra gånger högre prevalens av fetma (BMI>30) jämfört med kvinnliga tjänstemän med hög inkomst. Kostvanorna skiljer sig med en lägre konsumtion av frukt och grönsaker samt högre konsumtion av läsk och saft hos arbetare jämfört med lägre tjänstemän och högre tjänstemän. Dock kunde ingen tydlig social gradient för fysisk aktivitet visas varken i den nationella folkhälsoenkäten eller i COMPASS - studien. Fetma visades i nationella folkhälsoenkäten vara kopplat till stillasittande och här liksom i COMPASS-studien sågs en tydlig social gradient.

Onyttig mat, definierad som godis, läsk, snacks, kakor, snabbmat, och pommes frites, var kopplad till övervikt hos 15-åringar i COMPASS- studien. Socioekonomiska skillnader i fetma är sannolikt kopplade till onyttig mat snarare än till skillnader i fysisk aktivitet.

Vem styr efterfrågan? Reklamkostnader i Sverige år 2003 för ”tomma kalorier” uppgick till 978 miljoner kr, frukt och grönt uppgick till 36 miljoner kronor. Pengarna som satsas årligen på mat och hälsa –information från Livsmedelsverket uppgår till 15-20 miljoner kan jämföras med de 350 miljoner som McDonalds satsar på marknadsföring i Sverige.

Carin avslutade med en bild om ”utgångspunkter för handlingsplanen” som kan ligga till grund för vidare diskussion.

- Dåliga och oregelbundna matvanor, stillasittande fritid och fetma är problem kopplade till låg utbildning och inkomst
- Samhällsinsatser bör främst fokusera på dessa gruppers behov.
- Energiintaget från fett och socker måste minska och fysisk aktivitet öka.
- Enbart information räcker inte, speciellt inte för högriskgrupper.

### Den socioekonomiska indelningen

Lars Persson från Statistiska Centralbyrån (SCB) redogjorde för den indelning som härskat sedan 1975. Innan dess använde vi indelningen med socialgrupp 1, 2 och 3. Den kom till redan 1911 och vilade inte på någon styrande princip. Den fick mycket kritik internt, samt att under 60-talet rådde en intensiv samhällsdebatt varpå initiativ togs 1974 att arbeta fram den indelning som fortfarande används sedan 1982. Den socioekonomiska indelningen är förankrad i stabila förhållanden och är inte en färskvara. Grunddragen är arbetare, tjänstemän, företagare och icke förvärvsarbetare (Tabell 1).

**Tabell 1. Socioekonomisk indelning, utbildningsnivå och antal per kategori**

Grundindelning	Beskrivning	Antal miljoner		Förändring sedan 1975
Arbetare	≤ två års studier efter grundskola	1.7	27%	Ej facklärd minskat 24%
Tjänstemän				
Lägre	≤ tre års studier efter grundskola	0.6	10%	Lägre tjm minskat 9 %.
Mellanställning	≤ 6 års studier efter grundskola	0.9	14%	Mellan tjm ökat 180 %
Högre	minst 6 års studier efter grundskola	0.7	11%	Högre tjm ökat 180 % Ledande befattn ökat 400 %
Företagare	Akademiker utbildning	0.4	6%	Fria yrkesutövare ökat 270 % Företagare ökat 120 %
Ej förvärvsarbetare	Studerande, hemarbetande, ålders- och förtidspensionärer, 100 000 långvarigt arbetslösa, värnpliktiga	2.0	32%	Studerande ökat 200 %, hemarb minskat 83 %, förtidspens. ökat 130 %, arbetslösa ökat 440 %, värnpliktiga minskat 13 %
<b>Totalt</b>		<b>6.3</b>	<b>100%</b>	

Under 1870 – 1930 växte industrialismen fram med en växande arbetarklass och en liten tjänstemannaklass. Åren 1930 till 1975 var industrikapitalismens höjdpunkt. Efter 1980 sjönk arbetarklassen i antal.

SCBs statistik på förändringar i samhället från 1975 och framåt visar att i stora drag har antalet arbetare och lägre tjänstemän minskat alltmedan fler, nästan dubbelt så många, är anställda som mellan och högre tjänstemän. Antalet personer i jordbruk, skogsbruk, gruvbrytning har minskat kraftigt. En kraftig ökning har skett i hotell- och restaurangbranschen, sjukvård, skola, offentliga arbeten samt i bank och finans. Fria yrkesutövare och företagare har ökat, och totalt sett i antal uppgår de idag till 400 000 personer.

Idag finns ca 6,3 miljoner vuxna i landet. 3,7 miljoner är anställda, 2 miljoner av den vuxna befolkningen är utan arbete (studerande, pensionärer, hemarbetande, långvarigt arbetslösa och värnpliktiga). Resten är egna företagare eller ”uppgift saknas”.

De 3,7 miljoner anställda utgörs av cirka 1,7 miljoner arbetare, 0,6 miljoner lägre tjänstemän, 0,9 miljoner tjänstemän på mellannivå, 0,7 miljoner på högre och ledande befattning.

### Övervikt, fetma och socioekonomiska faktorer

Finn Rasmussen, Karolinska Institutet, diskuterade svenska data på överviktsprevalensen i den vuxna befolkningen. ULF undersökningarna, värnpliktsdata och Compasstudien togs upp. ULF underlaget bygger på självangiven vikt och längd i de enkäter som regelbundet sänds ut i riket. Fetmaprevalensen har ökat från 5 % till 10-11 % hos 16-84 åriga män och kvinnor sedan 1980 till 2001. Det interna bortfallet var lågt. Man finner en större ökning av fetma prevalensen hos lågutbildade kvinnor och män än hos högutbildade kvinnor och män.

**Tabell 2. Obesitasprevalens 1980 och 2001 hos låg- och högutbildade kvinnor och män (ULF)**

	Lågutbildade	Högutbildade
Kvinnor	5.5 % till 11 %	1 % till 6 %
Män	5 % till 12.5 %	2 % till 3.5 %

Värnpliktiga med födelseår 1952 jämfördes med dem födda 1982. Genomsnittligt BMI ökade från 21 till 22.5. Hos de äldre värnpliktiga var 6.6 % överviktiga och 1 % feta. Trettio år senare var 13.6 % överviktiga och 3.8 % feta. Bland värnpliktiga till lågutbildade mödrar var 15.7 % överviktiga och 5 % feta, och bland värnpliktiga till högutbildade mödrar var 13 % överviktiga och 3.4 % feta.

I COMPASS studien fann man att 3-4 % av 15 åringarna var feta. Grundläggande trender var att de lågutbildade kom ut sämre. Samma tendens hade setts med vikten på 7, 11 och 15 åringar med hög- och lågutbildade mödrar (gäller även för lågutbildade pappor). Vikten hade även ökat något över tiden. Matvanorna var mer oregelbundna i lågutbildade hem, exempelvis åts frukost oftare i högutbildade hem. Maten delades in i tre kategorier (principalkomponentanalys); nyttig, onyttig och traditionell mat. Det var en faktor på två mellan hög och låg utbildning. Stillasittande var vanligare i lågutbildade hem.

Finn Rasmussen påpekade att det var viktigt att komma in tidigt i livet med interventioner, då riktade till BVC.

## **Socioekonomiska skillnader i kostbeteende**

Eva Roos, Folkhälsans forskningscentrum, Helsingfors, använde sig av två olika studier. En tre dagars kostregistrering från 1992 och en 46 timmars recall från 1997 för att beskriva socioekonomiska skillnader i kostbeteende i Finland. Ingen skillnad påvisades i energiintag med avseende på utbildning. Inte heller någon större skillnad i näringsämnen mer än med vitamin C och karotenoider, men däremot i livsmedelsval. Högutbildades val var fullkorn, frukt och grönsaker, fet ost, olja och sötsaker. Lågutbildades val var smör, mjölk, ägg, potatis, rågbröd, köttprodukter (korv) och potatis. Alltså de osunda valen hos högutbildade gruppen var fet ost och sötsaker och hos lågutbildade gruppen smör och fet mjölk. Men förändringen i dessa grupper går åt rätt håll, dvs det dåliga minskar.

En annan iakttagelse var att barnens matvanor hemma följde det socioekonomiska mönstret man tillhörde men utematen vittnade inte om socioekonomiska skillnader. Eva Roos trodde att ungdomarnas kommersiella livsstil inbegrep mat som serverades ute vid bio och idrottsevenemang. Uteätandet var nog även ett uttryck för frigörelse.

Varför ska det finnas en skillnad med utbildning och kost? De högutbildade har mer resurser att förstå och översätta informationen i praktiken. De tar upp nya moderna vanor tidigare än andra. Värderingar, attityder och livsstil spelar in. Har de en högre hälsomedvetenhet?

Social klass och kost är förknippat till livsstilen och till arbetsförhållanden. Vi har olika möjlighet att påverka arbetstiden, arbetsmiljön skiljer, tillgång till personalrestaurang och den psykosociala miljön skiljer.

Inkomst och kost. Är det dyrare att handla sunt, exempelvis att köpa frukt och fullkorn? Vi har inga bra data. Hälsovården kan köpas om man har pengar. I Finland finns mycket av privat hälsovård. Nätterapeuter finns även tillgängliga. Sammanfattningsvis korrelerar utbildning, social klass och inkomst bra med matvanorna.

### Vad bör vi veta mera om?

- Vi vet att det finns skillnader men vi bör satsa på att förstå dessa. Varför (hinder) äter lågutbildade litet av grönsaker? Varför väljer högutbildade fet ost och sötsaker men inte grovt bröd och potatis? Vi behöver en bättre helhetsbild av hur olika sociala faktorer samverkar och påverkar kostbeteendet.
- Vi bör få mer kunskap om socioekonomiska skillnader i ungdomars kostbeteende. Vilka är källorna till fett och socker i de olika sociala klasserna?
- Skiljer sig kostkunskapen i olika sociala klasser? Bättre kunskap om vardagskostbeteende i olika sociala klasser. Hurdan mat äter ungdomar i hemmet, på skollunchen, i skolan, utanför hem och skola. Finns det skillnader mellan olika sociala klasser?
- Skolan är gratis, men varför deltar inte elever från lägre socioekonomiska grupper i skollunchen? Och i hemmen? Vad äter ungdomar under skoldagen och varför?
- Varför äter ungdomar vad dom äter då de är ute? Varför äter de godis och snabbmat med kompisarna?

Vilken konkret åtgärd kan bli konsekvensen av forskningen?

- konsumtionen av frukt och grönsaker
- fetman
- kolesterolvärden

Viktiga åtgärder för att minska på skillnaderna

- underlätta tillgången till grönsaker och andra sunda livsmedel bland annat genom pris- och skattepolitiska medel
- förbättra kvaliteten och omfattningen av ”mass-catering”
- trygga skolmåltidernas näringskvalitet
- ta bort hinder för arbets- och vardagsmotion

I den efterföljande diskussionen trodde Eva Roos att de sociala skillnaderna var större i Sverige än i Finland på grund av fler invandrare i Sverige. Vidare, högstatusgrupperna ligger alltid före med nya matvanor.

### **Ojämlighet i hälsa – mekanismer och utfall av intervention.**

Ragnar Westerling och Peter Lytsy, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet redogjorde för resultat från en befolkningsstudie. Modeller i forskning om ojämlikhet i hälsa presenterades och de faktorer som har betydelse för intervention för att utjämna skillnader påpekades.

En enkät sändes ut till cirka 1000 stycken 40-80 åringar i Uppsala och Gävleborgs län under våren 2004 med en 70 %ig svarsfrekvens. Medel-BMI var 26.3 varav 15.4 % var feta (BMI>30).

De överviktiga mår dåligt, har fler sjukdomar, motionerar mindre, har sämre utbildning och sämre ekonomi än icke överviktiga. De som inte kunde skaffa fram 14 000 kr på en vecka (kontantmarginal) hade ett BMI på över 28, de som kunde skaffa fram 14000 kr hade ett BMI på knappt 26. Den riskbedömning de gör på grund av sin vikt och livsstil är adekvat och tämligen lika i olika grupper och är ingen underskattning. Kunskap tycks inte vara det primära problemet.

I en studie bland barn i årskurs 4 till 9, i Bålsta, delades barnen in i kategorier beroende på föräldrarnas arbetssituation. Mammans respektive pappans heltidsarbete, deltidsarbete, arbetslöshet eller långtidssjukskrivning sattes i relation till huruvida eleverna åt skollunch eller motionerade på fritiden. Det var förvånande att se att de arbetslösa barn oftare än andra uteblev från skollunchen samt att de motionerade minst på fritiden. Men arbetslösa föräldrar har en låg auktoritet. (Deras barn använder exempelvis mer sällan cykelhjälm än andra barn. )

Tar man ett livscykelperspektiv på ohälsa kan man visa hur hälsoriskerna läggs till bilden kumulativt under livet och hur sårbarheten ökar. Finns det dessutom biologiska perioder som är mer kritiska än andra, som exempelvis under fosterutvecklingen, som bör beaktas? Finns det andra åldersgrupper?

De faktorer som påverkar hälsan finns på olika nivåer. Vi talar om levnadsvanor med matvanor och motion; levnadsförhållanden med arbetsmiljö, familjesituation, socialt nätverk och ekonomi; och om samhällsutveckling med förändringar på arbetsmarknad, globalisering och samhällsekonomi. Var ska vi gå in och påverka i detta sammanhang? Handlar det bara om att ge kunskapsunderlag för politiker? Hur kan vi påverka ojämlikheten i hälsa? Sammanställningar av vetenskaplig litteratur har pekat på faktorer som ökar chanserna att reducera ojämlikheten i hälsa:

- Samverkan med skola, arbetsliv och föreningar. De är alla arenor där vi kan påverka många människor

- Målgruppsinriktade projekt behövs istället för allmänna kampanjer som når mer högutbildade personer.
- Personlig kontakt med individer/grupper

Det finns behov av fler utvärderade hälsointerventioner.

### **Du är var du äter! - om barns matvanor och vardagsmiljö.**

Martin Jansson, Sociologiska Institutionen, Uppsala Universitet, studerade barns förhållningssätt till mat och motion. MJ besökte fyra skolor i resurssvaga (Fittja och Skärholmen) och resursstarka (Skarpnäck och Äppelviken) områden i Stockholm och intervjuade rektorer och barn. Fyra flickor och pojkar i årskurs 6 intervjuades i grupp på de respektive fyra skolorna. Barnen fick prata om mat i allmänhet, i hemmet, i skolan, på fritiden och om motion. (Jansson 2004)

Inget område var rent från godis runt skolan. Alla barnen hade en medvetenhet och kunskap om att det inte är bra att äta godis och för mycket av snabbmat. Skillnaden låg i hur de förhöll sig och resonerade runt detta. Barnen från de resursstarka områdena valde bort godiset, det innehöll för mycket socker och fett. Dessa barn hade en verbal förmåga att diskutera, och de talade om måltiden som en tid för samvaro och diskussion, barnen från de resurssvaga områdena konstaterade att det är tråkigt att äta ensam.

Rektorerna i de två typområdena hade olika inställning till skolans roll. I de resursfattiga delarna tog rektor ett helhetsgrepp på situationen och hade och kände ett ansvar som sträckte sig utanför skolans gränser. I de resursstarka områdena var gränsen tydlig mellan skolans och föräldrarnas ansvar. Rektorerna verkar utifrån helt skilda sociala och materiella förutsättningar. Skolan försöker så gott det går att jämna ut. Skolan i Fittja råkade vara en föregångsskola för ett integrerat grepp på många nivåer. Rektorn har tagit många initiativ till att driva skolan framåt vilket har uppmärksammats utanför kommungränsen.

MJ uppehöll sig vid hur strukturen formar individen. Störst skillnad var det mellan Skärholmens Centrum, där närvaron av konsumtion var stor, jämfört med Skarpnäck och Äppelviken.

Önskvärda åtgärder bör vara riktad information men även ett aggressivt påpekande av de fysiologiska konsekvenserna av dåliga matvanor. Skolorna bör arbeta konstruktivt och aktivt med goda matvanor och satsa på den institutionella strukturen utanför skolan, exempelvis idrottsrörelser.

### **Vad betyder en knapp ekonomi i förhållande till konsumtionen?**

Torbjörn Hjort, Lunds Universitet, disputerade nyligen på avhandlingen "Nödändighetens pris" – om knapphet och konsumtion hos barnfamiljer. TH tar ett teoretiskt grepp om utsatthet och konsumtion genom att studera ett brett spektrum av familjer med knapp ekonomi, de som levt på socialbidrag i 10 år till ensamstående föräldrar med knapp ekonomi. Vad betyder det att ha betydligt mindre än andra? Han beskriver den sociala dimensionen till knapphet.

Det är dyrt att vara fattig – kan sammanfattningen vara. Tre mekanismer dikterar villkoren för de som inte har tillräckligt till konsumtion. Man utestängs från möjligheter till kredit genom eventuella betalningsanmärkningar och brist på kreditvärdighet. Barriärer som försvårar

billigare konsumtion kan vara avsaknad av internet och långa avstånd till lågprisbutiker. Konsumtionen fördyras genom att alltid köpa till ordinarie pris i små mängder och aldrig kunna köpa större mängder till rabatterat pris, utestängd från lojalitetserbudanden.

En stark drivkraft är att vara som andra. Förväntningar och krav utifrån är påfrestande. Föräldrar köper exempelvis mobiltelefoner till barnen för att inte halka efter andra, inte för att det är en statuspryl. Föräldrar ska vara goda föräldrar som sätter barnens säkerhet i främsta rummet och uppmanas köpa de dyrare och säkrare varianterna till barnen. Marknadsföring och medier talar om hur vi ska klä oss.

Man kan ha olika förhållningar till dessa krav och förväntningar.

- Kompensation: föräldrar ger barnen då och då något alla andra barn har trots att det inte rymts i budgeten.
- Fasadöppethållande: vänder sig mot skola, kamrater och omgivning
- Försakelse: det krävs en stenhård veckoplanering och inte avvika från inköpslistan.
- Akutlösningar: att inte betala räkningarna eller annat förrän det är absolut nödvändigt.
- Undvikande: att undvika jämförelsesituationer såsom barnkalas, släktträffar och utflykter. Utvägen är sjukanmälan i sista stund

Det finns en alternativkostnad hela tiden när de fattiga barnen gör vad andra gör. Det blir än mindre pengar till investering i hälsa eller framtid. Ett biobesök med ett McDonaldbesök efteråt är en enorm utgift. Fritidsaktiviteter är kostsamt, hellre ett dataspel som kan betalas på avbetalning. Varför inte fritidsaktiviteter på avbetalning, frågar TH?

Åtgärder för att underlätta dessa familjers knapphet är förslagsvis att ha mer gymnastik i skolan, typ Bunkeflo, för att få barnen att må bättre och att ha en attraktiv och bra skolmat; Alla föräldrar vet vad nyttig mat är, men det viktiga för dem är att barnen blir mätta.

*Ur avhandlingen "Nödvändighetens pris" av Torbjörn Hjort:*

Av drygt en miljon barnfamiljer utgjorde de med ensamstående föräldrar ungefär 24% år 2000.

14% av samtliga hemmaboende barn upp till 21 år tillhörde familjer som hamnade under en inkomststandard på 1.0 eller vad som även benämns låg inkomststandard (1999).

I barnfamiljer med en förvärvsarbetande hamnade 29% av de ensamstående föräldrarna under en inkomststandard på 1.0 och 25 % av de sammanboende.

Kontantmarginal, dvs möjligheten att ordna fram 14 000 kr inom en vecka, har endast hälften (56%) av ensamstående barnfamiljer. 78% av samtliga barnfamiljer hade en kontantmarginal.

#### **Hur många?**

Det finns drygt en miljon barnfamiljer. Av dessa barnfamiljer har drygt 22 % (220 000 familjer) ingen kontantmarginal och 14 % (140 000 familjer) har en låg inkomststandard. Av alla barnfamiljer utgörs 24 % av ensamstående familjer, dvs ca 240 000 familjer. Av dessa ensamstående familjer har 44 % ingen kontantmarginal (cirka 106 000 familjer) och 29 % har en låg inkomststandard (cirka 70 000 familjer).

#### **Hur uppkommer sociala skillnader i matvanor?**

Sven Bremberg, Statens Folkhälsoinstitut, diskuterade utifrån ett ekonomiskt perspektiv. Människor är rationella utifrån sin egen horisont. Vi förutsätter att folk är informerade och att individen försöker optimera nytta med givna resurser. Hälsovanor är en typ av investering för en framtida vinst. Dock om jag investerar nu och tar ut vinsten senare är det en större risk att

jag inte lever då? Tillvaron är så oförutsägbar, bättre att ta ut det nu genast! Det finns många tips om hur man ska hålla sig frisk, men kommer dessa hälsoråd att stå sig om fem år?

Bourdieu's habitusbegrepp diskuterades. Människor föds in i en viss miljö och ser på livet på ett visst sätt. Man formar ett sätt att vara och leva på. Vi håller igång skillnaderna genom att ha dessa skillnader i matvanor. Goda matvanor sprids sen till de sämre ställda. På fysiska aktivitetssidan har motsatsen skett. Medel- och överklassen börjar ta över arbetarklassens sätt att vara fysiskt aktiva.

Möjliga åtgärder, grundade i teori, för att minska skillnader i matvanor rör dels priser och dels habitus. Inkomstskillnaderna är inte så stora i Sverige därför kan man inte komma så långt med priselasticiteten på maten. Information skulle vara kontraproduktivt. Det är väl belagt att det skulle öka de sociala skillnaderna. Maten är inte en lösryckt del i livet, det är ett sätt att leva, en del av levnadsvillkoren. Förmåga att ta till sig kunskap och hantera all den information som finns ses som en mycket viktig egenskap och bör läras ut i skolan, och det gäller inte bara att lära ut hemkunskap.

### **Så här vill vi arbeta i de resurssvaga delarna i Stockholms län.**

Eva Callmer, Centrum för tillämpad näringslära (CTN) Stockholms Läns Landsting, redogjorde för pågående och avslutade aktiviteter i Stockholms län.

Stockholms län kom igår ut med en reviderad handlingsplan för övervikt och fetma. Målet är att halvera fetman till år 2013. Den består av tre delar; en beställarplan, ett vårdprogram och ett samhällsinriktat hälsoarbete. Den högst prioriterade insatsen är förebyggande insatser för barn och ungdomar. Därpå följer initiativ till behandling av övervikt och fetma. På sista och femte plats i prioriteringslistan ska normalviktiga vuxna erbjudas kunskap om hur man motverkar risken att bli överviktig och fet.

Min menydagbok – en studie över tredjeklassares matvanor i olika resursstarka stadsdelar i Stockholm visade att fetma bland barnen förekom sex gånger så ofta i de resurssvaga stadsdelarna. Mammans utbildning följde parallellt resultatet. Dessa barn drack oftare standardmjölk, åt mer sällan frukt och grönsaker, åt oftare snabbmat till middag, hade ett ojämnare måltidsmönster, åt oftare ensamma och mer sällan väl sammansatta frukostar och mellanmål. Det var ingen skillnad på hur ofta de åt frukt, söta och feta måltider eller drack saft och läsk. De mer resursstarka barnen åt oftare godis.

Vidare utvärderas skollunchen i fyra skolor i resursstarka och resurssvaga områden. Preliminära data visar inte på någon skillnad i matkvalitet, näringskvalitet, buller eller miljö och service.

En studie har påbörjats för att ge ett fem års perspektiv, bakåt i tiden, på överviktsutvecklingen hos barn i årskurs 4, i olika typområden i Stockholms Län. Har ökningen gått parallellt i de olika områdena eller har den gått snabbare i vissa?

CTN har arbetat med kost och hälsa i ett två års projekt i Jordbro (del av Storstadssatsningen). De har utbildat personal och producerat material till de verksamheter som rört barn före och under skoltiden. Erfarenheter från detta arbete visade särskilt att samordning mellan alla instanser var ytterst viktig. En lokal motor var nödvändig. Samtal var viktigare än

informationsbroschyrer och kräver därmed förstärkt personal på MVC, BVC, förskola osv. En hälsoförmedling/-butik gav positiva erfarenheter och en struktur åt hälsan i Jordbro.

I fortsättningen önskar CTN prioritera arbetet i resurssvaga områden. De önskar utveckla och modifiera metoder, material och strategier för alla offentliga arenor i de resurssvaga områdena. De vill kunna stimulera till lokalt samarbete/”aktiviteter” mellan till exempel förskola, BVC och öppen förskola. De vill verka för att kommunen eller stadsdelen tar kost och rörelsepolitiska mål som påverkar tillgängligheten.

I praktiken vill de arbeta med utbudet av mat, måltider och motionsanläggningar, genom att påverka lokala butiker, snabbmaten och restauranger som är inriktade på de billigaste alternativen (fett och socker). Inträdet till simhallar är ofta för dyrt för en hel familj. Man behöver därför initiera och stödja förändringar på tre nivåer; policies och organisationer, utbud och tillgänglighet samt efterfrågan och livsstil.

### **Diskussion**

I resurssvaga områden är bemanningen på BVC mindre än i genomsnitt i landet. Vi bör åtminstone komma upp till normalstandard i de utsatta områdena.

Insatser riktade till skolmiljön får alla del av, men om riktade till kunskapsämnet blir resultatet en ökad skillnad i kunskap mellan resurssvaga och –starka.

Diskutera insatserna med ett par socioekonomiska glasögon efter varje kapitel. Diskutera eventuella för och nackdelar med vardera insats.

Vidareutbildningen fortsätter i evighet om inte ämnet läggs in i den ordinarie utbildningen.

Kulturkompetens krävs vid arbete med dessa grupper.

Vad tycker Myndigheten för skolutveckling om hälsan – tillsammans med allt annat de ska ta hänsyn till?

Arbetslösa? I Göteborg har man gjort en mindre studie. Det finns inga riktiga arenor att möta dem på.

Föräldrarutbildning inte så bra arena för att nå föräldrar på. Endast 60 procent går dit. Normala besök i sjukvården borde vara bäst. BVC vill inte plocka ut föräldrar till feta barn för att mäta BMI.

Det förtroendefulla samarbetet/personliga mötet med föräldrarna kan vården utföra och klara av med nödvändig vidareutbildning, och med en dietist till hands.

Ingen enskild faktor har betytt så mycket som media – inom tobaksområdet.

Är information meningslös? Det beror på avsändaren. Gäller att hitta rätt kanal. Media är oöverträffat. Information kan vara en källa till delaktighet. Beror på kommunikationen, personlig kontakt spelar roll. Verkar som om alla tyckte att information till vidareinformatörer och media var bra men att den inte skulle vända sig till individer. Det är en förutsättning med information, men ta inte för givet att den används!

Samordning behövs. Måltider på entreprenad följs inte upp och man vet inte hur man ska göra. Kunskapssammanställningar och uppföljning – det är det staten gör och är viktigt här.

### **Sammanfattning**

Av 6,3 miljoner vuxna är 3,7 miljoner anställda och 2 miljoner är utan arbete varav 100 000 är långtidsarbetslösa (SCB). Av de anställda har 1.7 miljoner en kort utbildning med högst två år efter grundskolan. Det finns ca 70 000 barnfamiljer med ensamstående föräldrar med låg inkomststandard och 106 000 barnfamiljer med ensamstående föräldrar med oförmåga att få fram 14 000 kr på en vecka (kontantmarginal).

Det är skillnad i fetma prevalens mellan fattiga och rika områden. Matvanorna skiljer, livsmedelsvalen skiljer. Fetmastatistik grundar sig på ULF, värnpliktsdata, COMPASS och Nationella folkhälsoenkäten. Större ökning av fetma prevalensen hos lågutbildade. Prevalensen av övervikt och fetma hos arbetarkvinnor är fyra gånger högre jämfört med tjänstemän på medel och hög nivå (Nationella folkhälsoenkäten). Ingen social gradient för fysisk aktivitet (Nationella folkhälsoenkäten, COMPASS). I Stockholm förekommer fetma hos barn sex gånger så ofta i de fattiga delarna. Mammans utbildning följde resultaten parallellt. Barnen drack oftare standardmjölk, åt mer sällan frukt och grönsaker, oftare snabbmat till middag, ojämnare måltidsmönster, åt oftare ensamma, mer sällan väl sammansatta frukostar och mellanmål.

I finska studier fann man ingen skillnad i näringsintag mellan personer med olika utbildningsnivåer, men det var en skillnad i livsmedelsval. Finska barns matvanor hemma följde det socioekonomiska mönstret man tillhörde men utematen vittnade inte om socioekonomiska skillnader.

Skolan har en utjämnande effekt på matvanor och fysisk aktivitet och stödjande funktion. Knapphetens barn får nytta av mer gymnastik och en attraktiv och bra skolmat. Förvånande att se att de arbetslösas barn oftare än andra uteblev från skollunchen, dessutom motionerade de minst på fritiden. Preliminära data från Stockholmsskolor påvisar inga kvalitetskillnader i skolmaten mellan fattiga och rika områden.

Kunskap tycks inte vara det primära problemet. Allmän information ökar de sociala skillnaderna. Informationsbroschyrer hjälper föga. Det är det personliga samtalet som avgör. Är information meningslös? Det beror på avsändaren. Gäller att hitta rätt kanal. Media är oöverträffat. Information kan vara en källa till delaktighet. Beror på kommunikationen, personlig kontakt spelar roll. Verkar som om alla tyckte att information till vidareinformatörer och media var bra men att den inte skulle vända sig till individer. Riktad information. Det är en förutsättning med information, men ta inte för givet att den används! Påverka ojämlikheten genom samordning, målgruppsinriktade projekt och personlig kontakt. Samtal viktigare än broschyrer. Kräver förstärkt personal på BVC och MVC, förskola.

Ingen enskild faktor har betytt så mycket som media.

Föräldrarutbildning är inte en bra arena. För få deltog – endast 60 procent.

Förmågan att ta till sig kunskap och hantera all den information som finns ses som en mycket viktig egenskap och bör läras ut i skolan.

## Referenser

H Palosuo, M Sihto, Ilmo Keskimäki, S Koskinen, E Lahelma, K Manderbacka, R Prättälä. Ojämlighet och hälsopolitik. Erfarenheter om hur Sverige, England och Holland har motiverat socioekonomiska skillnader i hälsan. Helsingfors 2004. 162 s. (Social och hälsovårdsministeriets publikationer, ISSN 1236-2050, 2004:12) ISBN 952-00-1533-7. (På finska, svensk sammanfattning på en sida).

Mackenbach JP & Bakker MJ (eds.). Reducing inequalities in health: A European perspective (Kapitel 7: Food and nutrition policies and interventions. Prättälä R, Roos G, Hulshof K & Sihto M). Routledge, London 2002.

Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting och Statens Folkhälsoinstitut. Rasmussen F, Eriksson M, Bokedal C och Scäfer Elinder L. Fysisk aktivitet, matvanor, övervikt och självkänsla bland ungdomar. COMPASS – En studie i sydvästra Storstockholm. Rapport. Stockholm: Samhällsmedicin, Stockholms Läns Landsting och Statens Folkhälsoinstitut. (Rapport 2004:1.) [www.fhi.se](http://www.fhi.se)

Becker W och Pearson M. Riksmaten 1997-98. Kostvanor och näringsintag i Sverige. Metod – och resultatanalys. Livsmedelsverket Uppsala 2002.

Jansson M. Du blir *var* du äter – en studie om hur den socioekonomiska vardagsmiljön påverkar barns förhållningssätt till mat. Livsmedelsverket Rapport 19/2004. Uppsala 2004.

Torbjörn Hjort: Nödvändighetens pris. Konsumtion och knapphet bland barnfamiljer. Lund Dissertations in Social Work 20. Lund 2004.

Boström G och Nykvist K. Heta data – en första redovisning av resultat från den nationella folkhälsoenkäten. Statens Folkhälsoinstitut, oktober 2004.

Jälminger AK, Marmur A och Callmer E. "Min matdagbok" – en matvaneundersökning bland barn i årskurs tre från områden med olika socioekonomiska förhållanden i Stockholms län. Stockholms Läns Landsting. Samhällsmedicin Rapport nr: 27: 2003