Nordiska Livsstilsverkstan

En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar,
förskola, hälsoväsende och forskare

Slutrapport

Nordiska Livsstilsverkstan.
**En modell för intersektoriell
samverkan mellan föräldrar,
förskola, hälsoväsende och
forskare**

Slutrapport

K.C. Ringsberg (Red. K.C. Ringsberg)

Nordiska Livsstilsverkstan. En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare
Slutrapport
K.C. Ringsberg (Red. K.C. Ringsberg)

ISBN 978-92-893-2461-8
<http://dx.doi.org/10.6027/TN2013-503>
TemaNord 2013:503

© Nordiska ministerrådet 2013

Layout: NMR
Omslagsfoto: Henrik 4 år

Tryck: Rosendahls-Schultz Grafisk
Upplaga: 130

Printed in Denmark

Denna rapport är utgiven med finansiellt stöd från Nordiska ministerrådet. Innehållet i rapporten avspeglar inte nödvändigtvis Nordiska ministerrådets synpunkter, åsikter eller rekommendationer.

www.norden.org/sv/publikationer

Det nordiska samarbetet

Det nordiska samarbetet är ett av världens mest omfattande regionala samarbeten. Det omfattar Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige samt Färöarna, Grönland och Åland.

Det nordiska samarbetet är politiskt, ekonomiskt och kulturellt förankrat och är en viktig partner i europeiskt och internationellt samarbete. Den nordiska gemenskapen arbetar för ett starkt Norden i ett starkt Europa.

Det nordiska samarbetet ska stärka nordiska och regionala intressen och värderingar i en global omvärld. Gemensamma värderingar länderna emellan bidrar till att stärka Nordens ställning som en av världens mest innovativa och konkurrenskraftiga regioner.

Nordiska ministerrådet

Ved Stranden 18
DK-1061 København K
Telefon (+45) 3396 0200

www.norden.org

Innehåll

Generalsekreterarens förord	7
Förord.....	9
Sammanfattning.....	13
1. Bakgrund till hälsofrämjande arbete – centrala begrepp.....	15
1.1 Inledning.....	15
1.2 Ottawa Charter	16
1.3 Hälans bestämningsfaktorer.....	19
1.4 Salutogenes	21
1.5 Hälsofrämjande arbete och prevention.....	23
1.6 Sammanfattning.....	26
2. Hälsofrämjande i nordiskt kontext.....	27
2.1 Hälsofrämjande i de olika nordiska ländernas lagstiftning, policy dokument och förordningar.....	27
2.2 Hälsofrämjande i dokument som rör barnhälsoarbete i de olika nordiska länderna.....	34
2.3 Föräldrastöd i Norden.....	41
2.4 Hälsofrämjande i läroplaner för förskolan i de olika nordiska länderna	50
3. Utvecklingen av <i>Nordiska Livsstilsverkstan</i>	57
3.1 Bakgrund.....	58
3.2 Syftet med <i>Nordiska Livsstilsverkstan</i>	58
3.3 Målgrupp.....	58
3.4 Teoretisk förankring.....	59
3.5 Forskningsansats	63
4. Sammanfattande resultat.....	73
4.1 Teman i <i>Nordiska Livsstilsverkstan</i>	74
4.2 Handledare och pedagogik.....	80
4.3 Webbaserad.....	80
4.4 Vetenskapliga rapporter och artiklar framtagna i projektet.....	81
4.5 Övrig kommunikation av resultat.....	82
5. Globalisering.....	83
5.1 Preliminära resultat.....	83
6. Slutdiskussion	87
Referenser.....	93
Summary.....	103
Appendix I.....	105

Appendix II	113
Processbeskrivning av modellarbetet från pilotstudien	113
Appendix III.....	125
Intervjuer med nordiska föräldrar och professionella	125

Generalsekreterarens förord

Alltför många barn och ungdomar i Norden rör på sig för lite och äter dåligt. På kort sikt leder den bristande fysiska aktiviteten och de ohälsosamma kostvanorna bland annat till övervikt. På längre sikt ger det en ökad risk för sociala problem och långvariga hälsorelaterade konsekvenser som en ökad risk för diabetes typ 2, fetma, cancer och förhöjt blodtryck. Inte nog med att det är en tråkig framtid som dessa barn och ungdomar går till mötes, men det är också dyrt för de nordiska samhällena.

Antalet människor med livsstilsrelaterade sjukdomar och kroniska sjukdomar ökar och tar den absoluta merparten av hälso- och sjukvårdens resurser i anspråk. Den dominerande praxis som rått hittills har varit att behandla hälsoproblem i takt med att de uppstår. Men nytänkande, där man går från ett behandlingssamhälle med dyra kortsiktiga lösningar till ett förebyggandesamhälle med hållbara lösningar, skulle kunna minska de ekonomiska kostnaderna och slöseriet med mänskliga resurser.

Det uppstår emellertid en fråga om hur de nordiska länderna på ett effektivt sätt kan stärka de förebyggande åtgärderna på social- och hälsoområdet, däribland bidra till att bromsa ökningen av kroniska sjukdomar. Nordiska ministerrådet har gett Nordic School of Public Health NHV (tidigare Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap) i uppdrag att svara på denna fråga.

Projektet "Hälsofrämjande och förebyggande" ingår i Nordiska ministerrådets globaliseringsinitiativ om hälsa och välfärd. Initiativet sätter fokus på hur den nordiska välfärdsmodellen kan vidareutvecklas så att den kan klara sig i den globala konkurrensökonomi och bevara sammanhållningen.

Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare är ett konkret resultat av projektets arbete. Forskning tyder på att livsstilsjukdomar fortfarande påverkar yngre människor och det är viktigt att medvetandegöra föräldrar om riskfaktorer och i synnerhet vad som främjar deras barns hälsa. Sådana åtgärder bör redan sättas in när barnen är i förskoleåldern, fram-

håver forskarna bakom projektet. På det sättet blir en hälsosam livsstil en integrerad del av de ungas och familjernas vardag.

Traditionellt sett är familjen ett viktigt samarbetsområde mellan de nordiska länderna. Familjen är en grundläggande gemenskap i samhället som starkt präglar och formar de framtida nordiska medborgarna. Ett välfungerande familjeliv är en av de viktigaste förutsättningarna för medborgarnas välbefinnande och livskvalitet. Det nordiska samarbetet berör familjefrågor ur många olika vinklar: De nordiska länderna samarbetar för att främja barn och ungdomars välbefinnande, vidareutveckla den nordiska välfärdsmodellen för att garantera trygga levnadsvillkor för nordborna, utveckla den nordiska jämställdhetspolitiken så att den gagnar familjelivet och i ännu högre grad satsa på att öka de äldres deltagande i samhällslivet.

Nordiska Livsstilsverkstan är ett viktigt bidrag till detta arbete.

Köpenhamn den 10 januari 2013

Halldor Asgrimsson

Generalsekreterare

Nordiska ministerrådet

Förord

Inom ramen för Nordiska ministerrådets satsning "Globaliseringsinitiativet" och i delprojekt nr 4, har det utarbetats en nordisk modell för hälsofrämjande diskussioner mellan föräldrar och verksamma inom förskola och hälsoväsende: *Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare.*

Idén till projektet växte fram mot bakgrund av larmrapporter om ökad barnfetma, ökad mental ohälsa hos barn, föräldrars upplevelse av tidsbrist och ökad stress och dess negativa konsekvenser på barn och vuxna. Reflexioner och diskussioner med representanter från WHO rörande dagligvaruföretags, reklamföretags och mediers påverkan på människor i allmänhet har också inspirerat. Till skillnad från redan utarbetade föräldrastödmodeller, som ofta fokuserar på problem och riskfaktorer, önskades ett hälsofrämjande och salutogent perspektiv och ett dialogbaserat förhållningssätt.

En grupp med representanter från de nordiska social- och hälsodepartementen, folkhälsoinstitutet, Nordiska ministerrådet, NMR, och Nordens välfärdscenter, NVC, m.fl. deltog i tidiga diskussioner vid designen av projektet. Gruppen beslutade sig för att målgruppen skulle vara föräldrar med barn i förskoleåldern, då det är viktigt att redan i tidig ålder, innan problem uppstår, lära sig att tänka och leva hälsofrämjande. Dessutom finns få föräldrastödsprogram utformade för denna åldersgrupp och förhållandevis lite forskning på barn i förskoleåldern i jämförelse med andra åldersgrupper. Referensgruppen inspirerades av WHO:s tänkande rörande hälsofrämjande arenor (settings) (www.who.org). Projektidén framlades för Nordiska ministerrådet och ekonomiska medel beviljades inom ramen för Globaliseringsinitiativet inom området Hälsa och välfärd/Sundhedsfremme og forebyggelse som delprojekt 4 (www.norden.org). Projektet har genomförts enligt principerna för hälsofrämjande arbete, beskrivna i Ottawa Charter (1986) och som vidareutvecklats av Rootman, Goodstadt, Hyndman, McQueen, Potvin, Springett och Ziglio (2001).

Då projektet startades tillsattes en ny nordisk referensgrupp. I den ingick representanter från Socialministeriet och Sundhedsstyrelsen i Danmark, Social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för Hälsa och Velfärd i Finland, Velfärdsdepartementet i Island, Helsedirektoratet i Norge samt Social-departementet och Folkhälsoinstitutet i Sverige. Representanter från NMR och NHV deltog också i diskussionerna. Representanter för Grönland, Färöarna och Åland har regelbundet skriftligt fått information om projektet.

Projektets huvudresultat, *Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsendet och forskare*, finns beskrivet i Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord (2013:504). Den är utformad som en handledarguide och kan också laddas ned översatt till samtliga nordiska språk och engelska (www.norden.org).

Nordiska Livsstilsverkstan bygger på samverkan mellan föräldrar och olika sektorer; hälsoväsendet, förskolan och universitet/högskola. Därför har ett omfattande samarbete skett med föräldrar, praktiker/ professionella från olika sektorer och forskare i samtliga nordiska länder. För att *Nordiska Livsstilsverkstan* skall vila på vetenskaplig grund har statistik sammanställts från den nordiska databasen "Nordiska barns och ungas hälsa och välfärd" (NordChild) (www.nhv.se). Vetenskapliga artiklar har också skrivits på material framtaget från databasen och kan sökas från www.nhv.se. För att få fram vetenskapliga fakta rörande mediers påverkan på barn har två rapporter skrivits och publicerats i samarbete med forskare vid Göteborgs- och Lunds universitet, Sverige: Medier och barns hälsa. Från peppning och glamour till trygg vägledning. En diskursanalys av två föräldramagasin (Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord 2013:501) och Mediers påverkan på förskolebarns hälsa och föräldrarnas roll vid denna påverkan. En litteraturstudie (Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord 2013:502) (www.norden.org).

I fortsättningen kommer *Nordiska Livsstilsverkstan* för enkelhetens skull även att benämnas som "*Livsstilsverkstan*".

Professor Karin C Ringsberg, Nordic School of Public Health NHV, har författat kapitlen 1, 3–6. Forskarstuderande Hrafnhildur Gunnarsdottir, Nordic School of Public Health NHV, har sammanställt kapitel 2 och materialet i appendix.

Stort tack till Nordiska ministerrådet och Nordic School of Public Health NHV som genom finansiering möjliggjort detta arbete. Stort tack till alla övriga, framför allt till föräldrarna och de professionella som medverkat.

Göteborg den 18 december 2012

Karin C Ringsberg

Professor, projektledare, redaktör
Nordic School of Public Health NHV

Sammanfattning

Denna slutrapport beskriver bakgrunden till och arbetet med framväxten av *Nordiska Livsstilsverkstan*.

Nordiska Livsstilsverkstan innehåller arbetsmaterial med frågeställningar som de flesta familjer med barn i förskoleåldern möter i sin vardag. Den är en handledarguide (se rapport 2013:504 i Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord) och arbetsmaterialet är tänkt att användas för att leda diskussionsgrupper av föräldrar som är intresserade av att tillsammans med förskole- och hälsopersonal, utvecklas i sin föräldraroll. Fokus är på hälsofrämjande livsstilsval. Även de yrkesverksamma som arbetar med barn och därmed är viktiga aktörer kring barnet och dess familj, ges möjlighet att utvecklas i sin profession.

I *Nordiska Livsstilsverkstan* sätts barnet i centrum. Arbetsmaterialet utgår från en helhetssyn på barn och deras hälsa och bygger på att aktörer som finns kring barnet samarbetar och att det sker en samverkan mellan olika sektorer; familj, förskola, hälsoväsande, barnavårdscentraler/familjevårdscentraler, forskare m.fl. Materialet är utarbetat tillsammans med de som definierats som aktörer kring barnet och har ett uttalat "underifrån perspektiv". Det är förankrat i samtliga nordiska länder. En förhoppning är att det härigenom skall fortleva och användas även sedan projektet avslutats.

Nordiska Livsstilsverkstan bygger på ett hälsofrämjande synsätt. Det innebär att hälsa ses som en resurs och att fokus är på de friskfaktorer som finns inom och runtomkring oss samt att dessa friskfaktorer skall förstärkas för att hälsan skall bibehållas och förbättras.

Huvudsyftet med *Nordiska Livsstilsverkstan* är att deltagarna skall skaffa sig kunskap om och förståelse av samband mellan livsstil och hälsa, hur det påverkar den egna, barnets och familjens hälsa samt att deltagarna reflekterar över hur man kan omsätta denna kunskap och insikt i praktiken. En förhoppning är att denna kunskap skall föras över till barnen, så att de i framtiden på egen hand kan göra hälsosamma livsstilsval.

Nordiska Livsstilsverkstan vilar på fyra grundpelare; ett hälsofrämjande synsätt som det definierats i WHO dokument, ett pedagogiskt synsätt med grundtankar från problembaserat lärande (PBL), betoning på intersektoriellt arbete och ett vetenskapligt förhållningssätt genom att fakta bygger på forskningsbaserad information och samverkan med forskare.

1. Bakgrund till hälsofrämjande arbete – centrala begrepp

K.C. Ringsberg

I detta kapitel beskrivs bakgrunden till hälsofrämjande arbete; Ottawa Charter och dess principer, centrala begrepp, hälsans bestämningsfaktorer och salutogenes.

1.1 Inledning

I slutet av 1800-talet och början av 1900-talet utvecklades arbetet med att stärka folkhälsan. Det innebar att förbättra levnadsvillkor, miljö och kost för befolkningen i stort. Arbetet blev successivt alltmer medicinskt inriktat och fokuserat på individen. Under 1970-talet påtalade WHO vikten av att folkhälsoarbete bedrivs ur ett vidare perspektiv och speciellt utifrån hälsans bestämningsfaktorer. (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven, & Tones, 2012). En viktig milstolpe när det gäller hälsofrämjande arbete var Alma Ata konferensen 1978, som kan ses som "prototypen" för hälsofrämjande arbete, health promotion (WHO, 1984). Vid konferensen betonade man vikten av att ha en väl fungerande primärvård. Därefter följde en konferens i Ottawa, efter vilken Ottawa Charter (1986) utarbetades. Det är i detta dokument som riktlinjerna för hälsofrämjande arbete finns beskrivna. Innan Ottawa Charter formulerades, hade en mångårig diskussion ägt rum mellan verksamma inom social- och hälsosektorerna, akademiker, forskare och representanter för lokalsamhället från hela världen rörande hur man skulle komma tillrätta med skenande sjukvårdskostnader och samtidigt göra sjukvården lättare tillgänglig. Man diskuterade även hur människor själva skulle kunna bli mer delaktiga i sin egen hälsa

och ta ansvar för den. Ottawa Charter är inspirerat av kvinno- och human-ekologiska rörelserna under 1970-talet, samtida sociologiska teorier, antropologisk forskning, kritik av medikalisering av hälsan, Lalonde rapporten i Canada, Nord Karelenprojektet i Finland, Minnesota Heart Health Program i USA (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven, & Tones, 2012). Genom aktivt arbete vid olika WHO konferenser nationella, nordiska och internationella (www.who.org; www.nhv.se; www.iuhpe.org) fortsätter det hälsofrämjande arbetet att utvecklas. Nordic School of Public Health NHV har av social- och hälsodepartementen i samtliga nordiska länder utsetts som kompetenscentrum för hälsofrämjande arbete (www.nhv.se). Vid NHV finns sedan 2007 det nordiska forskarnätverket Nordic Health Promotion Research Network (NHPRN). I detta nätverk deltar aktivt ett 50-tal forskare från samtliga nordiska länder. Dess främsta uppgift är att utveckla teoribildning inom health promotion.

1.2 Ottawa Charter

1.2.1 *Handlingsområden och strategier*

I Ottawa Charter (1986) föreslås fem prioriterade områden för att utveckla folkhälsoarbete och främja befolkningens hälsa; 1) bygga upp en hälsoinriktad samhällspolitik, 2) skapa stödjande miljöer för hälsa, 3) stärka insatser på lokal nivå, 4) utveckla personliga färdigheter, 5) reorientera hälso- och sjukvården till förebyggande av ohälsa och främjande av hälsa. Till de grundläggande strategierna i Ottawa Charter räknas att 1) man skall betrakta hälsa som en resurs, 2) man skall sträva efter jämlikhet i hälsa, 3) människor skall ges möjlighet att ta kontroll över hälsodeterminanterna för att uppnå högsta möjliga livskvalitet samt 5) det måste ske ett samarbete mellan sektorer. Målet med det hälsofrämjande arbetet i Ottawa Charter var att kombinera de sociala determinanterna (den gamla folkhälsoansatsen) och en förpliktelse att lägga tillrätta för att stärka (empower) individ och lokalsamhället (den nya folkhälsoansatsen). Sedan Ottawa Charter formulerades har det blivit allt tydligare att det finns ett stort behov av att samarbeta globalt (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven, & Tones, 2012).

1.2.2 Hälsofrämjande principer

De hälsofrämjande principer som har uttryckts i Ottawa Charter har sammanställts och vidareutvecklats av Rootman, Goodstadt, Hyndman, McQueen, Potvin, Springett och Ziglio (2001).

- *Holistic – Helhetssyn på hälsa.* Hälsa skall ses som en helhet och en utveckling av fysisk såväl som mental, social och andlig hälsa skall eftersträvas.
- *Empowerment – Maktmobilisering.* Det skall möjliggöras för individer och lokalsamhälle att få mer makt över personliga, socioekonomiska och miljörelaterade faktorer som påverkar hälsan.
- *Equity – Jämlikhet.* Social jämlikhet och rättvisa skall eftersträvas.
- *Participatory – Delaktighet.* Den/de det gäller skall involveras i alla steg av planering, implementering och utvärdering.
- *Intersectoral – Intersektoriellt arbete.* Relevanta sektorer och verksamhetsområden skall samarbeta.
- *Multistrategy – Multistrategi.* Olika tillvägagångssätt skall användas vid hälsofrämjande arbete, såsom policy utveckling, organisatoriska förändringar, förändringar inom kommuner, lagstiftning, utbildning och kommunikation varvid fokus skall vara på hälsa.
- *Sustainability – Hållbarhet.* Förändringar hos individer och kommuner skall vara varaktiga och kunna fungera på egen hand sedan stöd upphört.

Figur 1.

Källa: WHO 1986.

1.2.3 Hälsofrämjande arenor (settings)

I Ottawa Charter (1986) introducerades tanken att hälsofrämjande arbete borde knytas till vardagslivet, "*där folk lär, arbetar, leker och älskar*". Som en konsekvens av detta har hälsofrämjande arenor ("settings") skapats där man lägger vikt vid både organisationen och individen; städer, byar, samhällen, skolor, arbetsplatser, marknader, hem, öar, sjukhus, fängelser, universitet och hälsofrämjande åldrande. Inom varje arena har man satt upp kriterier som skall uppfyllas för att man skall få kalla sig för hälsofrämjande inom sitt område (www.who.org).

1.3 Hälsans bestämningsfaktorer

Man brukar säga att en individs hälsa påverkas till 25 % av genetiska faktorer, 30 % av kulturella och till 45 % av faktorer, som är relaterade till individens livsstil och beteende. Vissa av dessa faktorer påverkas av individen själv, andra av samhället och omgivningen och kanske de flesta av ett komplicerat samspel mellan individuella och samhällsrelaterade faktorer (Ringsberg, 2009). Världshälsoorganisationen (WHO) kallar dessa faktorer för hälsans bestämnings-faktorer, determinanter (www.who.org).

WHO delar in hälsans bestämningsfaktorer enligt följande:

- sociala och ekonomiska faktorer
- faktorer som är relaterade till den fysiska miljön
- faktorer som är relaterade till individuella karaktäristika och beteende (livsstilsfaktorer).

1.3.1 Hälsofrämjande arbete på olika nivåer

Hälsofrämjande arbete utgår från en helhetssyn på hälsa. Det innebär att hälsofrämjande arbete ofta bedrivs på olika nivåer; individ-, grupp- och samhällsnivå.

Dahlgren och Whitehead (1991) menar att hälsans bestämningsfaktorer kan delas upp i olika "lager" som omger oss som individer (se figur 2).

Figur 2. Hälsans bestämningfaktorer

Källa: Whitehead och Dahlgren, 1991. Bilden återgiven med tillstånd från författarna.

Det yttersta laget består av olika socioekonomiska, kulturella och miljörelaterade faktorer. Det kan vara svårt för en enskild individ att påverka dessa utifrån sin egen situation, vanligen krävs det politiska beslut.

Nästa lager består av levnads- och arbetsvillkor, vilka till en del påverkas av våra individuella val, men också till en stor del av politiskt styrda beslut fattade inom olika sektorer; utbildning, hälso- och sjukvård, fastighetsmarknaden samt arbetsmarknaden.

De två innersta lagren, som är de mest individinriktade, består av faktorer relaterade till sociala nätverk (socialt stöd, barns vuxenkontakter, familjerelationer) och individuella levnadsvanor (kost, motion, tobak, alkohol, sömnvanor, sex och samlevnad). Dessa två innersta lager går i hög grad att påverka som individ, men de påverkas också i ett samspel med de andra lagren. Det finns också grundläggande faktorer, vilka är omöjliga att påverka, som genetiskt arv, ålder och kön.

Det är således många olika faktorer, relaterade till samhället och till den enskilde individen som påverkar hälsan.

1.3.2 Health literacy

Det har diskuterats om även health literacy skall räknas till hälsodeterminanterna. Begreppet kan närmast översättas med "hälsokunskap eller hälsomedvetenhet" på svenska, men ofta används det engelska ordet som är mer heltäckande. Det finns många olika definitioner av health literacy (Sörensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska, & Brand, 2012). Zarcadoolas, Pleasant och Greer (2003) har föreslagit följande definition: *A health literate person is able to apply health concepts and information to novel situations, and to participate in ongoing public and private dialogues about health, medicine, scientific knowledge, and cultural beliefs.* Definitionen speglar att en person med hög health literacy inte bara skall förstå hälsobudskap och ta till sig dessa utan också att ha förmågan att omsätta dessa i praktiken i kända såväl som nya situationer. Denna definition stämmer väl överens med *Livsstilsverkstans* huvudmålsättning.

1.4 Salutogenes

Att ha en helhetssyn på hälsa innebär att man anser att såväl fysiska som psykiska/psykologiska, sociala faktorer och andliga aspekter påverkar hälsan (Eriksson, 1986; Nordenfelt, 1991; Pörn, 1984). Den israeliske sociologen Aaron Antonovsky myntade begreppet salutogenes, som innebär att söka ursprunget till det friska. Begreppet är ett komplement till patogenes, som söker sjukdomars ursprung. I enlighet med Antonovsky är det viktigt att undersöka både det salutogena och det patogena (1991). Antonovsky har beskrivit hälsan på ett kontinuum, där vi alltid befinner oss och har olika grad av hälsa, men där vi hela tiden skall sträva mot den positiva polen. Man skall ställa salutogena frågor d.v.s. fråga vad är det som fungerar, vad är det som skapar hälsa.

Figur 3. Salutogenes

Källa: Lindström, Eriksson och Wickström, 2011. Bilden återgiven med tillstånd från författarna.

Begreppet salutogenes fanns inte med i de grunddokument, som beskriver hälsofrämjande. Lindström och Eriksson (2006) hävdar att salutogenes skulle kunna vara en teoretisk grund för hälsofrämjande arbete genom de tre aspekter som salutogenes fokuserar på och som de menar stämmer väl överens med Ottawa Charter. De tre aspekterna stödjer den process som möjliggör för människor att ta kontroll över sin hälsa enligt definitionen i Ottawas Charter.

För det första handlar det om att hitta lösningar på problem, för det andra att identifiera generella motståndsrresurser (GMR) i syfte att stärka hälsan och för det tredje att identifiera känsla av sammanhang (KASAM). Denna genomgripande och globala känsla omfattar såväl individer, grupper som samhällen och fungerar som en genomgripande kraft i den problemlösande processen (Lindström & Eriksson, 2006). Antonovsky (1991) beskrev KASAM som en global känsla av att lita på att man har tillgång till de tre komponenter han urskiljde som särskilt viktiga i begreppet: begriplighet (comprehensibility), hanterbarhet (manageability), meningsfullhet (meaningfulness). Svaret Antonovsky gav på den salutogena frågan – vad genererar hälsa? – var att det är känslan av sammanhang som bestämmer hur vi klarar av vardagens stress på ett sätt som inte bara upprätthåller vår hälsa utan också främjar den. Sättet vi ser på livet har betydelse för vår hälsa. Känsla av sammanhang är ett förhållningssätt till livet. Det är en livsorientering, den ger oss riktningen, ett sätt att se på livet, tänka, vara, handla och

bemöta människor. Känslan av sammanhang består av tre dimensioner: begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Antonovsky utgick ifrån att livet är ett ständigt kaos där vi hela tiden utsätts för förändringar och livshändelser (Antonovsky, 1987). Det avgörande blir hur vi kan hantera den stress som förändringarna innebär. Att kunna skapa strukturer av kaos gör att vi kan förstå, kan sätta in oss själva i ett sammanhang (begriplighet). Det vi förstår blir något lättare att hantera (hanterbarhet). Vi behöver också ha en uttalad vilja och ett engagemang att lösa de svårigheter som orsakar stressen. Det måste vara så betydelsefullt för oss att det är värt att satsa energi på. När så sker blir det också meningsfullt (meningsfullhet) (Eriksson & Lindström, 2011, s. 67–68).

Känsla av sammanhang utvecklas genom hela barndomen och upp i den yngre vuxenåldern (25–30 år). För en positiv utveckling av KASAM är det viktigt att barnet har tillgång till förutsägbarhet och begriplighet i den miljö det lever i samt möjlighet till tillgång och utveckling av resurser som behövs för att möta de krav livet ställer. Hanterbarheten är copingkomponenten i KASAM. Antonovsky (1991) beskrev det så att de generella motståndsresurserna kan vara att ha god ekonomi, en positiv jagstyrka och socialt stöd. Tillsammans med positiva livserfarenheter är det detta som lägger grunden för en stark KASAM. En väl utvecklad health literacy bör kunna stärka utvecklingen av ett högt KASAM. Tanken med Livsstilsverkstan är att stärka föräldrarna så att de kan verka för att barnen får en så hög health literacy som möjligt och därmed ett högt utvecklat KASAM.

1.5 Hälsofrämjande arbete och prevention

Inom folkhälsovetenskapen studerar och arbetar man med både hälsofrämjande (health promotion) och sjukdomsförebyggande (prevention). För att beskriva skillnaden mellan dessa två begrepp kan man använda sig av en älv som en metafor (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven, & Tones, 2012).

Figur 4. Hälsan i livets flod

Källa: Eriksson och Lindström, 2011. Bilden återgiven med tillstånd från författarna.

Utifrån Antonovskys teori om salutogenes (Antonovsky, 1991) har Eriksson och Lindström (2006) beskrivit skillnaden mellan health promotion och prevention med följande metafor.

En älv, där det finns både lugnt vatten och vatten med forsar och där det kan vara stor risk för att drunkna på vissa ställen. Utmed älven kan det stå olika personer med olika funktion. Några kan plocka upp dig om du nästan har drunknat, vilket kan liknas vid traditionell medicinsk behandlingen, som sker på sjukhus och hos läkare. Andra kan hindra dig från att falla i, vilket kan liknas vid politiker som utformar samhället och hälsopolitiken så att de förebygger att människor faller i älven. I den här metaforen skulle de som arbetar med hälsofrämjande arbete säkra trygga ställen, där man kan gå ut i älven, träna folk att lära sig simma och i hur man skall bete sig om man faller i.

Detta synsätt baserar sig på Antonovskys teori om salutogenes (Antonovsky, 1991).

Hälsofrämjande arbete handlar om hur samhället tillrättaläggs för att den enskilde skall ha möjlighet att uppleva och skaffa sig större kontroll över sitt liv och den egna hälsan. Därför har hälsofrämjande arbete fokus på *empowerment*, d.v.s. att bygga kapacitet hos individen men också lokalsamfundet. För att göra så krävs att den det gäller är *involverad* i processen. För många är detta det som kännetecknar hälsofrämjande arbete, medan andra definierar det på annat sätt. Ett av de övergripande målen med hälsofrämjande arbete är att utjämna *olikhet i hälsa* mellan grupper av människor och länder t.ex. genom att se till att resurser tilldelas mer jämlikt.

Prevention, förebyggande, används ofta av vissa synonymt med hälso-promotion, hälsofrämjande. Andra syftar till arbetssättet; att inte inta en expertroll utan arbeta tillsammans med medborgaren/patienten/klienten från ett underifrån perspektiv. Åter andra menar att hälsofrämjande arbete handlar om en nivå högre d.v.s. att samhället sörjer för att människors grundläggande behov är tillvaratagna; rent vatten, bra bostäder, hälsosamkost etc. Att man definierar hälsofrämjande arbete så olika, kan bero på att de som intresserar sig för och arbetar med folkhälsovetenskap och health promotion/ hälsofrämjande ofta har olika bakgrund och kommer från olika discipliner och således har olika perspektiv. Folkhälsovetenskapen och health promotion hämtar nämligen teorier från många olika vetenskapsområden (Nutbeam & Harris, 2004). Enligt WHO (1998) är hälsa ett grundläggande mänskligt behov och en rättighet. Redan 1948 presenterade WHO sin definition av hälsa: "Ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom". Hälsa ses som en resurs i livet, som ger individer möjlighet till att leva ett innehållsrikt och produktivt liv och den skapas i våra vardagliga miljöer (WHO, 1998). I denna rapport och i *Livsstilsverkstan* används WHOs definition av hälsofrämjande: "Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment." (Ottawa Charter, 1986).

Skillnaden mellan förebyggande och hälsofrämjande arbete blir utifrån denna definition att prevention handlar om att reducera omfattningen av kroniska sjukdomar och att ingripa på så tidigt stadium, så att sjukdomen inte utvecklar sig, till något allvarligt. Men det innebär också att arbeta med att reducera specifika riskfaktorer som är relaterade till specifika sjukdomar som t.ex. diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. Hälsofrämjande arbete inkluderar indirekt detta, men man är inte inriktad mot specifika sjukdomar utan strävar att förstärka hälsan, så att man inte hamnar i sjukdom, samt att man även inkluderar samhällsnivån.

1.6 Sammanfattning

Aktivt arbete med att förbättra folkhälsan har bedrivits i Norden sedan mer än 100 år tillbaka. Den specifika inriktningen, hälsofrämjande (health promotion) utvecklades under sent 1970-tal men framför allt under mitten av 1980-talet. Många jämsätter preventivt och hälsofrämjande arbete, men det finns tydliga skillnader. Båda inriktningar strävar mot att människor skall ha bästa möjliga hälsa men på olika sätt. Skillnaderna i synsätt kan delvis förklaras genom att de som engagerar sig i folkhälsovetenskapligt arbete kommer från många olika discipliner och har olika vetenskaplig bakgrund.

2. Hälsofrämjande i nordiskt kontext

H. Gunnarsdottir

2.1 Hälsofrämjande i de olika nordiska ländernas lagstiftning, policy dokument och förordningar

I detta avsnitt sammanställs hur hälsofrämjande arbete beskrivs och regleras i lagstiftningar, policy dokument och/eller förordningar i de olika nordiska länderna. Informationen har inhämtats från relevanta myndigheters hemsidor och vissa delar av texten är ordagrant återgiven. Relevanta myndigheter identifierades som de myndigheter som ansvarar för politisk prioritering och lagstiftning avseende folkhälsan i respektive land, samt de myndigheter som har ämnesinriktad rådgivande funktion inom det aktuella området. I alla de nordiska länderna sorterar folkhälsoområdet under den sektor som ansvarar för hälso- och sjukvården och som härfter benämns hälsosektorn.

2.1.1 Danmark

I Danmark är det Ministeriet for sundhed og forebyggelse (tidigare Indenrigs – og Sundhedsministeriet), som ansvarar för den politiska prioriteringen, lagstiftning och de ekonomiska ramarna inom hälsosektorn. Sundhedsstyrelsen är den högsta myndigheten som ansvarar för ämnesområdesinriktade ramar och rådgivning inom hälsosektorn. Regionerna ansvarar för driften av specialistsjukvården och kommunerna för det förebyggande arbetet och andra hälsovårdstjänster (Sundhedsstyrelsen, 2012).

I Sundhedsloven § 1 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010b) står att hälsosektorns främsta mål är att främja befolkningens hälsa samt att förebygga och behandla sjukdomar, lidande och funktionshinder bland individer. I § 119, som handlar om förebyggande och hälsofrämjande arbete, framkommer att det är kommunernas ansvar att skapa ramar för invånarnas hälsosamma livsstil genom etablerat förebyggande och hälsofrämjande arbete.

Sundhedsstyrelsen (2010) har lyft fram fem områden som speciellt skall prioriteras under perioden 2010–2013. Ett av dessa områden har rubriken: "Mere sundhedsfremme og forebyggelse med større effekt", där vikten av att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet sker intersektoriellt påtalas. Det betonas även att det är viktigt att vidtaga åtgärder för förbättrad tillgänglighet till hälsosam kost, rökfria miljöer samt möjligheter till fysiskt aktiv vardag i syfte att göra det attraktivt att leva hälsosamt. Integrering av förbyggande arbete i den behandlande sjukvården anses också vara ett viktigt arbetsområde.

Ministeriet for sundhed og forebyggelse (2010a) utgår i sina nationella mål och strategier från att hälsa är ett gemensamt ansvar mellan individen, närsamhället och det offentliga. De olika folkhälsopolitiska områdena har planerats utifrån de vanligaste folkhälsosjukdomarnas kända riskfaktorer och strategier och har inom varje område delats upp på individnivå, samhällsnivå och offentlig nivå. Individnivån omfattar individen själv, familjen och dess närmsta sociala nätverk. Dessa aktörer ansvarar för att etablera hälsosamma levnadsvanor, förändra hälsobeteende om så behövs samt fungera som stöd till sina närmaste. På samhällsnivån återfinns frivilligorganisationer, skol- och förskoleverksamhet, arbetslivet och sjukvården. Dessa ansvarar för genomförandet av konkreta hälsofrämjande och förebyggande initiativ att skapa ramar för hälsosam livsstil och understödja nätverksbildande. På den offentliga nivån återfinns staten, amt och regioner, som alla ansvarar för att skapa förutsättningar för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet på de andra två nivåerna. Detta görs bl.a. genom lagstiftning och rådgivning samt genom att skapa ekonomiska betingelser, bedriva forskning och kunskapsspridning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

2.1.2 Finland

I Finland är det Social- och hälsovårdsministeriet, som ansvarar för den politiska prioriteringen, lagstiftning och ekonomiska ramar inom hälsosektorn. Regionförvaltningarna ansvarar för främjandet av utveckling och utvärdering av kvalitet och tjänster, medan kommunerna ansvarar för utförandet av de olika tjänsterna. Ett antal privata tjänsteleverantörer tillhandahåller också service i samarbete med kommunerna (Social- och hälsovårdsministeriet, 2011). Institutet för hälsa och välfärd är det forsknings- och utvecklingsinstitut, som förser statliga och kommunala beslutsfattare med forsknings- och utvärderingsresultat. Institutet fungerar som sakkunnighetsmyndighet inom området (Institutet för hälsa och välfärd, 2012).

I den finska Hälso- och sjukvårdslagen från 2010 (Finlands regering, 2010), finns det ett särskilt kapitel om främjandet av hälsa och välfärd. Den bygger på tidigare lagstiftningar om folkhälsan från 1972 och specialistsjukvården från 1989. I lagen definieras hälsofrämjande verksamhet på följande sätt: "Verksamhet som är inriktad på individen, befolkningen, samhällsgrupperna och livsmiljön och som syftar till att upprätthålla och förbättra hälsan och arbets- och funktionsförmågan, påverka hälsans bestämmandefaktorer, förebygga sjukdomar, olyckor och andra hälsoproblem och stärka den psykiska hälsan samt till att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper; hälsofrämjande verksamhet innebär också planmässig allokering av resurser på ett hälsofrämjande sätt (<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2010/20101326>)".

Ett av de tre politiska program, som utarbetades för mandatperioden 2007–2011 var programmet för hälsofrämjande (Statsrådet, 2007). Huvudmålet var bättre hälsa för befolkningen och mindre ojämlikheter i hälsa. En central uppgift var att stärka hälsoperspektivet i alla politiska områden och samhällssektorer, såväl bland statliga, regionala och lokala aktörer som sektorerna för näringsliv, arbetsliv och utbildning och inte minst på det individuella planet. Programmets strategiska prioriteringar var följande:

- att man på olika beslutsfattandenivåer tillägnar sig den samhälleliga och ekonomiska betydelsen av hälsofrämjande och nyttan av att sprida information om hälsofrämjande

- att stärka strukturerna för hälsofrämjande inom den lagstiftning som reformeras och i samband med kommun- och servicestrukturreformen att sammanställa, produktifiera, sprida och etablera den befintliga kunskapen, bästa praxis och de projekt som nått bästa resultat att stärka kompetensen (Statsrådet, 2007).

Vid utvärderingen av programmet (Statsrådet, 2011) ansågs det mest värdefulla vara det stöd som gavs uppifrån och den grund som gavs det hälsofrämjande arbetet samt dess mångfald av initiativ, som genomfördes på olika nivåer under mandatperioden. Samtidigt anses programmet ha stärkt Social- och hälsoministeriets långsiktiga arbete med hälsofrämjande arbete. Finländarnas hälsa och välfärd förbättrades under mandatperioden, men däremot har de socioekonomiska skillnaderna ökat. Därför har ökad jämlikhet i hälsa blivit ett av de viktigaste målområden i den strategi som nu avlöser politikprogrammet för hälsofrämjande, Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården, KASTE 2012-2015. Ett av huvudmålen i KASTE programmet är att i folkhälsoarbetet flytta fokus från att ta hand om problem till att främja fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och förebygga problem i hela befolkningen (Social- och hälsovårdsministeriet, Helsingfors).

2.1.3 Island

I Island är det Velfärdsdepartementet som ansvarar för den politiska prioriteringen, de ekonomiska ramarna samt lagstiftningen inom hälsosektorn. Staten ansvarar för driften av specialistsjukvården och primärvården, medan kommunerna ansvarar för äldrevården. I den isländska lagstiftningen om hälso- och sjukvård (Althingi, 2007a) finns inget direkt reglerat om hälsofrämjande arbete, men det framkommer att alla de tjänster som erbjuds från hälso- och sjukvårdens sida syftar till att främja hälsa, förebygga sjukdomar, diagnostisera och behandla sjukdomar samt att rehabilitera.

Det isländska folkhälsoinstitutet grundades år 2003 och hade som uppdrag att främja och samordna folkhälsoarbetet i landet, stimulera utbildning och forskning inom området samt driva projekt i samarbete med andra aktörer verksamma inom folkhälsoområdet. År 2011 slogs folkhälsoinstitu-

tet samman med Landlæknisembættið, den hälsovårdsmyndighet som motsvarar den svenska Socialstyrelsen Landlæknisembættið, 2011). I den lagstiftning som gäller den nya verksamheten framkommer att huvudsyftet är att främja befolkningens hälsa bland annat genom att erbjuda hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Folkhälsoarbetet skall bedrivas enligt bästa möjliga kunskap och erfarenhet (Althingi, 2007b). I lagstiftningen definieras folkhälsoarbete som det arbete som bidrar till förbättring av befolkningens hälsa, välbefinnande och levnadsförhållanden genom hälsofrämjande och förebyggande arbete samt allmän sjukvård. En vägledande rapport om det hälsofrämjande arbetets fokusområden blev sammanställd när folkhälsoinstitutet grundades år 2003. Där beskrivs det hälsofrämjande arbetet enligt WHO:s definitioner och riktlinjer och hur det bör tillämpas i isländsk kontext (Landlæknisembættið, 2003).

2.1.4 Norge

I Norge är det Helse- og omsorgsdepartementet som ansvarar för de politiska prioriteringarna, lagstiftning samt de ekonomiska ramarna inom hälsosektorn. Helsedirektoratet och Folkhälsoinstitutet är de myndigheter tillhörande hälso- och omsorgsdepartementet som delar ansvaret för folkhälsoarbetet och fungerar som rådgivande organ.

Helsedirektoratet har i uppdrag att stärka befolkningens hälsa i sin roll som områdes/ämnesansvarig rådgivare, initiativtagare och förvaltare av de lagar och regelverk som gäller inom hälsosektorn (Helsedirektoratet 2011a; Helse og omsorgsdepartementet, 2011).

Nasjonalt folkehelseinstitutt är ett nationellt kompetenscenter både för allmänhet och för myndigheter i frågor som gäller fysisk och psykisk hälsa, smittskydd, rättsmedicin samt förebyggande av skadlig miljöpåverkan. Folkehelseinstituttet fungerar som arrangör eller promotor när det gäller att främja hälsa och livskvalitet och förebygga sjukdom (Folkehelseinstituttet, 2012).

Enligt Folkehelseloven skall dessa två myndigheter, Helsedirektoratet och Folkehelseinstituttet, ha ett nära samarbete rörande kunskapsproduktion, rådgivning och informationsspridning avseende befolkningens hälsa och levnadsförhållanden (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Fylkes-kommunerna och primärkommunerna ansvarar för att bedriva det

praktiska folkhälsoarbetet med stöd av ovan nämnda myndigheter (Helsedirektoratet, 2011b).

I Folkehelseoven definieras folkhälsa som "befolkningens hälsotillstånd och fördelningen av hälsa i samhället". Folkhälsoarbete definieras som "samhällets insatser för att påverka de faktorer som direkt eller indirekt främjar befolkningens hälsa och välbefinnande, förebygger fysisk och psykisk sjukdom och skada samt det arbete som bidrar till jämnare fördelning av hälsan" (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

Två norska policydokument fokuserar tydligt på det hälsofrämjande arbetet. Det första, *Resept for et sunnere Norge* (Helsedepartementet 2003), skrevs i syfte att skapa ett hälsosammare Norge genom politik som verkar för fler levnadsår med god hälsa för hela befolkningen samt mindre skillnader i hälsa mellan olika befolkningsgrupper. I policyn påpekas vikten av att både arbeta för att minska riskfaktorer för sjukdomar och att förstärka friskfaktorer. Den fysiska och psykiska hälsan ses som helhet och ansvaret ligger både på individ- och på samhällsnivå. År 2010 publicerades (Helsedirektoratet 2010) det andra policy dokumentet *Health Promotion – achieving health for all*. Dokumentet formulerar utmaningar och strategier för att stimulera hälsofrämjande arbete och förbättra folkhälsan. Det innehåller både en teoretisk och praktisk framställning av hälsofrämjande arbete, vad det innebär och inte innebär samt vilka åtgärder som bör vidtas.

I den samhandlingsreform som nu genomförs i den norska hälsosektorn har man ökat fokus på det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Där påtalas vikten av att främja hälsa för att inte behöva lägga ner stora resurser för att reparera skada (Helsedepartementet 2009).

2.1.5 Sverige

Socialdepartementet ansvarar för politiska prioriteringar, lagstiftning och ekonomiska ramar för den svenska hälsosektorn. Socialstyrelsen har tillsynsansvar och ansvar för kunskapsproduktion inom hälso- och sjukvården i allmänhet. Statens folkhälsoinstitut har till uppgift att främja hälsa och förebygga sjukdom och skada. Folkhälsoinstitutet skall verka som kunskapscentrum för metoder och strategier inom folkhälsoområdet, utöva tillsyn inom alkohol, narkotika och tobaksområdet, utvärdera folk-

hälsopolitiken samt regelbundet följa upp hälsans bestämningsfaktorer (Sveriges Riksdag, 2009).

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen innebär hälsa och sjukvård att utreda, behandla och medicinskt förebygga sjukdomar och skador. Målet med hälso- och sjukvården är "god hälsa och vård på lika villkor till hela befolkningen och den skall arbeta för att förebygga ohälsa" (Sveriges Riksdag, 1982).

Det övergripande målet med folkhälsorarbete är att skapa samhälleliga förutsättningar för god hälsa på lika villkor för hela befolkningen (Statens folkhälsainstitut, 2010).

I Sveriges förnyade folkhälsopolitik (2008) framkommer att vikt bör läggas på det hälsofrämjande perspektivet i folkhälsorarbetet. Där hänvisas till WHO:s definition av hälsofrämjande arbete: "Den process som ger människor möjligheter att öka kontrollen över sin hälsa och att förbättra den" (s. 9). Helhetssyn på individens behov betonas samt att varje individ har fysiska, psykiska och sociala behov, som behöver tillgodoses för att han/hon skall kunna förbättra och vidmakthålla fullgod hälsa. Fokus läggs på frisk- och skyddsfaktorer och att skapa hälsosamma miljöer, som ger individer förutsättningar för hälsosamt liv. Utveckling av hälsofrämjande metoder betonas som t.ex.: egenvård, självhjälpsgrupper, hälsoinformation, motiverande samtal samt utveckling av hälsofrämjande miljöer. Elva folkhälsopolitiska områden är föreslagna: 1. Delaktighet och inflytande i samhället; 2. Ekonomiska och sociala förutsättningar; 3. Barns och ungas uppväxtvillkor; 4. Hälsa i arbetslivet; 5. Miljöer och produkter; 6. Hälsofrämjande hälso- och sjukvård; 7. Skydd mot smittspridning; 8. Sexualitet och reproduktiv hälsa; 9. Fysisk aktivitet; 10. Matvanor och livsmedel; 11. Tobak, alkohol, narkotika, dopning och spel (ibid.). Statens folkhälsainstitut har det övergripande ansvaret för utvärdering och uppföljning av dessa målområden (Statens folkhälsainstitut, 2010).

2.1.6 Sammanfattning

Det varierar hur de olika nordiska länderna reglerar och beskriver hälsofrämjande arbete i sina lagstiftningar, policy dokument och förordningar. Norge och Finland är de länder som tydligast betonar och lyfter fram hälsofrämjande arbete. Finland definierar och reglerar hälsofrämjande ar-

bete tydligt i ett eget kapitel i hälso- och sjukvårdslagen och har, under den senaste mandatperioden, bedrivit ett särskilt politikprogram om hälsofrämjande. Norge har antagit ett detaljerat policy dokument om hälsofrämjande arbete, som tydligt genomsyras av WHO:s definitioner och riktlinjer. Hälsofrämjande arbete benämns i de övriga ländernas lagstiftning i form av formuleringar som "befolkningens hälsa bör främjas" och tillsammans med reglering av det sjukdomsförebyggande arbetet. Danmarks policy dokument och förordningar är tydligt präglade av fokus på riskfaktorer och socialt utsatta grupper.

Det framkommer tydligt i lagstiftningar och policy dokument att alla länderna har som målsättning att främja befolkningens hälsa och välbefinnande samtidigt som sjukdomar skall förebyggas. Hälsans bestämningss faktorer ligger till grund för det hälsofrämjande arbetet i alla länderna och det delade ansvaret mellan individ och samhälle påtalas. Samverkan mellan olika samhällssektorer anses vara en viktig förutsättning för främjandet av hälsan tillsammans med individens delaktighet. Ökad social ojämlikhet i hälsa framhålls som den största utmaningen i alla ländernas folkhälsoarbete.

2.2 Hälsofrämjande i dokument som rör barnhälsoarbete i de olika nordiska länderna

I följande avsnitt beskrivs hur hälsofrämjande arbete betonas i de olika nordiska ländernas riktlinjer och förordningar gällande barnhälsoarbete. Informationen hämtades via de ansvariga myndigheternas hemsidor och återges ibland ordagrant.

2.2.1 *Danmark*

Enligt gällande förordning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010) om förebyggande hälso- och sjukvård till barn och ungdomar i Danmark skall kommuner och regioner erbjuda förbyggande hälso- och sjukvårdstjänster, som kan bidra till barns- och ungdomars hälsosamma uppväxt och till att skapa goda förutsättningar för en hälsosam vuxentillvaro. Kommuner- na skall tillhandahålla, dels allmänna hälsofrämjande och sjukdomsföre-

byggande insatser, dels individinriktade insatser som riktar sig till alla barn och ungdomar men även särskilda insatser som riktar sig till utsatta barn och ungdomar (§1).

Detta innebär att varje barn i skolpliktig ålder skall erbjudas förbyggande hälsoundersökningar av läkare vid sju tillfällen. Den förebyggande hälsoundersökningen skall omfatta:

- samtal om barnets välbefinnande, utveckling och eventuell sjuklighet
- undersökning av barnet
- samtal med och rådgivning till föräldrar
- vaccinationer i enlighet med Sundhedsstyrelsens gällande riktlinjer (§2, §3).

Utöver detta erbjuds alla barn regelbunden utvecklingsbedömning, som under det första levnadsåret skall göras i barnets hem, därefter vid besök på kommunens vårdcentral (§10).

Förutom utvecklingsbedömningar ger barnsjuksköterskan (sundhedsplejerskan) individuell rådgivning angående fostran av små barn. Grupaktiviteter som föräldragrupper, "öppet-hus" arrangemang, temakvällen o.s.v. kan också erbjudas av sjuksköterskan (§11).

Kommunens hälsovårdstjänster skall innefatta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder för barn och deras miljö i hem, förskola och skola. information och rådgivning till barn och föräldrar, som syftar till att främja barnens fysiska och psykiska hälsa och välbefinnande, skall ges samtidigt som varje barns fysiska och psykiska hälsotillstånd skall övervakas (§8).

I vägledningen till ovannämnda förordning framkommer att fokus skall ligga på att erbjuda kommunal hälsovård till barn och ungdomar i ett helhetsförlopp från födelsen till det att barnet har lämnat grundskolan. Barnets utveckling och välbefinnande samt familjens behov skall ligga till grund för de tjänster som erbjuds och tjänsterna skall utvecklas och erbjudas i samarbete mellan de verksamheter som riktar sig till barn och ungdomar (Sundhedsstyrelsen, 2011).

2.2.2 Finland

I Finland bedrivs barnhälsovården vid barnarådgivningsbyråer, där företrädesvis hälsovårdare (leg. sjuksköterskor) och läkare arbetar. Hälsovårdaren ansvarar för uppföljning av barnets utveckling och välbefinnande, gör hälsokontroller och utför vaccinationer. Hälsovårdaren har ett familje- och resursinriktat arbetssätt och skall arbeta för att främja hela familjens hälsa. Läkaren har det medicinska ansvaret för arbetet, deltar i hälsokontroller, tolkar screeningsresultat och planerar tillsammans med hälsovårdaren den framtida uppföljningen eller hänvisning till annan vårdgivare om så behövs. Både läkare och hälsovårdare arbetar hälsofrämjande och träffar alla familjer. Utöver dessa finns tillgång till familjearbetare och specialarbetare (socionomer) för de familjer, som behöver extra stöd (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005).

I Social- och hälsovårdsministeriets handbok för barnarådgivningens personal (Social- och hälsovårdsministeriet, 2005) är fokus på det hälsofrämjande perspektivet tydligt uttalat: "Med hälsofrämjande avses i detta sammanhang verksamhet, som ökar familjernas möjligheter att inverka på sin hälsa och faktorerna bakom den och sålunda hjälpa upp familjens hälsa. På rådgivningsbyrån fäster man uppmärksamhet vid barnets och familjens förutsättningar för ett sunt liv och föräldrarnas och barnens färdigheter att göra till exempel hälsofrämjande val av livsstil. Att skapa hälsofrämjande samhällen och göra multiprofessionellt och tvärsektoriellt samarbete hör också till rådgivningsbyråns sätt att arbeta. Hälsa förstås som en mångdimensionell helhet, till vilken hör såväl fysisk och mental hälsa, relationerna mellan människor som livskontroll." (s. 23).

I statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga (Social- och hälsovårdsministeriet, 2009) påtalas att hälsorådgivning skall ges utifrån mottagarens individuella behov och utvecklingsstadium. Den skall ges i samarbete med barnet och familjen för att underlätta för dem att tillämpa informationen i praktiken och ta ansvar för sin egen hälsa. Stöd till föräldrar i deras föräldraskap och parrelation samt främjandet av sociala nätverk för familjen skall vara del av hälsorådgivningens allmänna innehåll. Hälsorådgivningen skall verka för att främja den fysiska och psykiska hälsan samt det psykosociala välbefinnande inom åtminstone följande områden:

- tillväxt samt psykosocial och fysisk utveckling
- mänskliga relationer, vila och fritid, mediernas betydelse med tanke på hälsa och säkerhet, ergonomi, näring, motion, viktkontroll, munhälsa samt sexuell hälsa inklusive preventivmedel
- förebyggande av våld i nära relationer och parförhållanden, olyckor och användning av alkohol och andra rusmedel
- vaccineringar enligt det nationella vaccinationsprogrammet och förebyggande av infektioner, i tillämpliga delar av social trygghet och social- och hälsovårdstjänster (§14).

(Social- och hälsovårdsministeriet, 2009)

2.2.3 Island

I Island bedrivs barnhälsovården inom primärvården på primärvårdcentraler, där primärvårdsläkare och sjuksköterskor arbetar. Även mödravården och annat kommunalt hälsofrämjande och förebyggande arbete är lokaliserad dit.

I regeringens förordning om primärvård (Heilbrigðis- og trygging-amálaráðuneytið, 2007) regleras arbetet rörande barnhälsovård (Ungbarna- og smábarnavernd) i §14. Inom primärvården skall det bedrivas barnhälsovård, som innefattar bland annat övervakning av barns hälsa och välbefinnande, d.v.s. kontroller av barnens fysiska, psykiska och sociala utveckling samt genomförandet av vaccinationer och föräldrautbildning. I Alltingets handlingsplan för perioden 2007–2011 (Althingi, 2007), som syftar till att förstärka barn och ungdomars ställning i det isländska samhället, framkommer följande rekommendationer i kapitel IV rörande allmänt preventionsarbete:

- Främjandet av barns och ungdomars hälsa i samhället skall ske bl.a. genom att se till att de ökar sin fysiska aktivitet och förbättrar sin kost och kostval. Upplysning skall ske om fetma och förebyggande av övervikt samt resurserna för behandling skall förbättras. Tillgängligheten för hälsosam kost i lek och arbete skall ökas för barn och ungdomar.

- Rökfri miljö för barn och ungdomar skall främjas och tobaksprevention skall fortsatt bedrivas med hög kvalitet.
- För att förbättra barn och ungdomars hälsa och välbefinnande skall allmänt preventivt arbete och upplysning i samhället ske med avseende på psykiskt och psykosocialt välbefinnande. Främjande av den psykiska hälsan skall bl.a. ske genom att främja hälsosamma fritidsaktiviteter och uppbygglig användning av fritiden samt att främja familjens samvaro i lek och arbete. I samverkan med frivilliga organisationer och kommuner skall tillgängligheten till idrott och fritidsaktiviteter förbättras för alla barn och ungdomar, inte minst för dem som lever i ekonomisk utsatthet.

2.2.4 Norge

I Norge betonar man att barn och ungdomar är centrala målgrupper, när det gäller folkhälsoarbete. Barnhälsovården och skolhälsovården (Helsestasjons- og skolehelsetjenesten) är de centrala aktörerna vad avser det kommunala folkhälsoarbetet. Barn- och skolhälsovården skall vara enkel att uppsöka med små och stora bekymmer och arbetet som bedrivs där, skall syfta till att minska det som kan orsaka risk för ohälsa samt förstärka det som kan bidra till bättre hälsa (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

I Sosial- og helsedirektoratets vägledning om kommunernas hälsofrämjande och förebyggande arbete inom barn- och skolhälsovården (2004) lyfts fem perspektiv som anses speciellt viktiga:

- Mästringsperspektivet betonar förmågan att utveckla och använda egna resurser som central faktor i den personliga utvecklingen samt att främja god hälsa.
- Brukarperspektivet lyfter fram att föräldrars såväl som barns och ungdomars deltagande i samhället och individens behov bör ligga till grund vid utformning av åtgärder och tjänster. Detta perspektiv innebär att alla föräldrar, barn och ungdomar skall tas på allvar och mötas av respekt och värdighet.
- Helhetsperspektivet skall bidra till att förstärka brukarens upplevelse av helhet i de tjänster som används oberoende av vilken verksamhet det berör. Detta handlar dels om samverkan mellan de berörda

verksamheterna (förskola, skola, hälsovård och socialtjänst mm) och dels om kontinuitet, översikt, och tillgänglighet.

- Det hälsofrämjande och förebyggande perspektivet betonar att man sparar resurser genom att bedriva väl genomtänkt hälsofrämjande och förebyggande arbete jämfört med att sätta in resurser vid senare tidspunkt.
- Kunskaps- og kompetensperspektivet handlar om att använda den existerande kunskapen och kompetensens samt bygga upp där de brister.

2.2.5 Sverige

I Sveriges förnyade folkhälsopolitik (Sveriges regering, 2008) lyfts barn och unga fram som en av de målgrupper som är mest angelägna för det hälsofrämjande folkhälsoarbetet. Det betonas att barn och unga bör försäkras hälsosamma uppväxtvillkor, eftersom de är känsliga för yttre påverkan och inte alltid kan välja den miljö de lever i. Vidare påpekas det också att de insatser som ges till barn och unga bör ses som investering som kommer individer till goda senare i livet. Insatser som ger bra förutsättningar för goda relationer mellan barn och föräldrar skall främjas bland annat i form av stöd till föräldrar i föräldraskapet. Barns vardagsmiljö och förhållanden som berör deras utvecklingsmöjligheter och levnadsvanor är också något som lyfts fram som centralt i den förnyade folkhälsopolitiken. Det är därför viktigt att göra insatser i förskoleverksamheten och skola samt bostadsmiljö och fritidsaktiviteter.

Folkhälsoinstitutet har en central roll som kunskapsspridare och inspiratör av hälsofrämjande aktiviteter för barn och unga. I deras arbete med barn och ungas hälsa prioriteras följande områden:

- ett universellt föräldrastöd som syftar till att erbjuda föräldrar stöd och hjälp i sitt föräldraskap
- en god miljö i skola och förskola, vilket är en viktig förutsättning för barns och ungas skolprestationer
- stödjande insatser till barn i riskmiljöer, d.v.s. barn som växer upp med föräldrar som på grund av exempelvis missbruk, psykisk ohälsa eller våldshandlingar, brister i sin roll som förälder

- insatser inom ramen för regeringens strategi för alkohol- narkotika- dopnings- och tobakspolitiken.

(Folkhälsoinstitutet, 2012)

Arbetet vid Sveriges barnavårdscentraler (BVC) sker utifrån ett folkhälso- perspektiv och är inriktat mot att främja och stärka föräldrars tilltro till sin egen kompetens och problemlösningsförmåga.

Socialstyrelsens Allmänna Råd 1991:8 har satt upp följande huvudmål för barnhälsovården:

- att minska dödlighet, sjuklighet och handikapp hos nyblivna mödrar och deras barn
- att minska skadlig påfrestning för föräldrar och barn
- att stödja och aktivera föräldrar i deras föräldraskap och härigenom skapa gynnsamma betingelser för en allsidig utveckling för barn.

Delmålen är följande:

- att genomföra differentierad hälsoövervakning av alla barn före skolåldern
- att minska väsentliga hälsoproblem för barnfamiljen
- att ge behovsanpassad service, stöd och vård till föräldrar och barn
- att uppmärksamma och förebygga förhållanden i närmiljö och samhälle som kan hota barns hälsa.

2.2.6 Sammanfattning

Alla de nordiska länderna erbjuder förebyggande barnhälsovård till barn från födelsen till avslutad skolgång. Den består till stor del av regelbundna hälso- kontroller, utvecklingsbedömningar samt vaccinationer enligt strukturerade scheman. Utöver detta föreskrivs att barnhälsovården skall vara stödjande och rådgivande för föräldrar till barn i alla åldrar i syfte att främja familjens hälsa och förebygga sjukdomar. Det skiljer sig åt mellan länderna hur det hälsofrämjande perspektivet betonas i dessa föreskrifter. Finland och Norge är mest tydliga i sin betoning på det hälsofrämjande perspektivet. Sverige har genom sin folkhälsopolitik inriktat sig på det hälsofrämjande arbetet bland barnfamiljer och då först och främst via sin satsning på universellt föräldra-

stöd, som skall erbjudas alla föräldrar. I svenska föreskrifter och riktlinjer för barnhälsovården framkommer mindre av det hälsofrämjande perspektivet, men folkhälsoperspektivet betonas dock med fokus på förebyggande av sjukdomar via hälsokontroller och utvecklingsbedömningar. I Danmark och Island betonas det sjukdomsförebyggande arbetet mer än det hälsofrämjande. Ovanstående sammanfattning bygger på det som framkommer i offentliga föreskrifter, inte på en analys av det faktiskt genomförda arbetet.

2.3 Föräldrastöd i Norden

Avsnittet inleds med en kort diskussion rörande föräldraskap och en redogörelse för olika typer av föräldrastöd. Därefter ges en beskrivning av hur föräldrastödet ser ut i de olika nordiska länderna utifrån officiella dokument och en litteratursökning som gjorts specifikt för detta ändamål.

2.3.1 *Föräldraskap*

Barn har grundläggande fysiska, sociala och psykologiska behov, som behöver tillgodoses för att deras överlevnad och välmående skall vara säkrad. De har olika genetiska förutsättningar och lever i olika miljöer. Generellt förväntas att barn skall växa upp till ansvarsfulla, arbetsdugliga och välfungerande medlemmar i det samhälle de lever. Föräldraskap omfattar hur föräldrar tillgodoser dessa behov och möter dessa krav (Heath, 2006).

Föräldraskapets betydelse när det gäller förebyggande av kriminalitet och ofullständiga utbildningsresultat har klargjorts i forskningen. Med stöd av dessa forskningsresultat finns det ett stort utbud av beteendereinriktade föräldrastödprogram i de flesta moderna samhällen (Stewart-Brown, 2008). Forskning har också visat att föräldrar har stor inverkan på barns psykiska hälsa, hälsorelaterad livsstil, social kompetens och utbildning (Simkiss, Snooks, Stallard, Davies, Thomas, Anthony, Winstanley, Wilson, & Stewart-Brown, 2010; Lohaus, Vierhaus, & Ball, 2009; Winter, 2009).

Både barn och föräldrar har många olika roller att förhålla och anpassa sig till. Familjens offentliga arena omfattar familjens relationer till samhället och umgänge på sociala arenor utanför familjen. Dessa arenor kan vara arbetsplatser, skolor och förskolor, förenings- och affärsliv, sam-

hällets olika myndigheter och institutioner. Den offentliga arenan är den, där grunderna för familjens materiella villkor skapas samt delar av det normativa system, som familjerna har att förhålla sig till. Då familjemedlemmarna ofta är knutna till flera och olika sociala arenor utanför familjen, blir samspelet mellan familjen och den offentliga arenan ofta komplext. Familjens privata arena omfattar familjemedlemmarnas relationer med varandra och är den arena där trygghet och tillit skall skapas och upplevas, känslor får uttryckas och värderingar skapas. Det är på familjens privata arena föräldraskapet utövas. Familjens tredje arena, den personliga arenan, omfattar individens uppfattning om sig själv i relation till andra familjemedlemmar. Det är där känslan av att räcka till, att duga, att vara älskad eller att vara utanför kommer till uttryck. Fokus är på den individuella upplevelsen, rollerna på de olika arenorna, ibland med samhällets höga förändringshastighet, gör att många föräldrar beskriver sin vardag som "ett liv i turbo", vilket kan upplevas som utmaning för föräldraskapet (Dencik, Jørgensen, & Sommer, 2008).

Det finns påstående om att föräldraskapets betydelse länge har varit försummat på grund av förutfattade meningar om att föräldraskapet, och då speciellt moderskapet, bygger på en naturlig instinkt, som gör att "man bara vet hur man gör". Mångårig forskning har nu visat att så är inte fallet. Föräldraskapet är en process som formas i en interaktion med omgivningen (Heath, 2006).

2.3.2 Föräldrastöd

Till föräldraskapet hör att hantera vardagliga uppgifter, men också mer allvarliga kriser eller händelser i livet. Enligt Marienau och Segal (2006) är det mer gynnsamt för både barn och föräldrar om föräldrarna blir bemötta och betraktade som kompetenta lärande individer, att ge dem förutsättningar att utvecklas i sitt föräldraskap än att betona eventuella problem. Vikt bör läggas vid kritiskt reflekterande, där föräldrars egna erfarenheter och deras påverkan på barnen diskuteras och reflekteras över. Det är bra om reflektionen sker i dialog med andra som delar liknande erfarenheter, t.ex. andra föräldrar till barn i samma ålder, och gärna en instruktör som aktivt ställer frågor. Detta ger upphov till varierade tolk-

ningar av erfarenheter, som i sin tur kan leda till ett meningsfullt lärande för individen (Marienau & Segal, 2006).

Föräldrastöd är ett brett koncept och kan innebära olika typer av stöd. Det kan vara informellt stöd och då avses framför allt det stöd som ges och tas emot i de egna sociala nätverken. Stödet kan också vara mer formellt, då ges det i form av strukturerat utbud från samhällets sida. Det formella föräldrastödet benämns olika som t.ex. föräldragrupper, föräldrautbildning och föräldrarådgivning. Eftersom man inte kan betrakta föräldrar som en homogen grupp, skiljer sig det stöd de enskilda föräldrarna är i behov av; det en förälder upplever stödjande, kan en annan uppleva inte alls är stödjande (Moran, Ghate, & Van Der Merwe, 2004).

Det formella föräldrastödet kan delas upp i olika nivåer beroende på inriktning: Universellt föräldrastöd, som riktar sig till alla föräldrar och fokuserar på föräldraskapet allmänt. Selektivt föräldrastöd riktar sig till de som på något sätt kan anses vara i riskzonen för ohälsa eller en grupp som har en gemensam riskfaktor; ensamstående föräldrar, föräldrar med låg utbildningsnivå, barn med psykisk ohälsa. Indikerat föräldrastöd är stöd som riktar sig till familjer med barn där uppenbar risk finns för ohälsa, till exempel barn med beteendeproblematik. Skillnaden mellan indikerat stöd och tidig behandling är hårfin (SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010).

2.3.3 Föräldrastöd i Norden

Barn och familjers levnadsvillkor är en viktig del av den nordiska välfärdspolitiken. I de nordiska länderna tas det olika initiativ för att tillgodose barnfamiljers behov av stöd (Kekkonen, Montonen, & Viitala, 2011). Nedan redogörs för en genomgång av föräldrastöd i de olika nordiska länderna från officiella dokument och en sökning av vetenskapligt publicerade artiklar rörande föräldrastöd i de nordiska länderna gjorts i databaserna SCA (Social Sciences), PubMed och Chinal i juni 2011. För detaljer kring denna sökning se appendix I.

2.3.4 Danmark

Utgångspunkten i dansk familjepolitik är att varje familj själv kan och vill ta ansvar för sitt familjeliv, men att samhället bör skapa strukturer så att alla ges samma möjligheter till att göra så. Man betonar särskilt vikten av att identifiera utsatta barn och familjer och se till att adekvat stöd erbjuds, gärna i form av tidiga insatser, i samverkan mellan olika verksamhetsområden, innan familjens problem blir för stora (Rolfgaard, 2011).

Servicestyrelsen i Danmark har gjort en sammanställning av 18 evidensbaserade föräldrastödsprogram, lokalt utvecklade och internationella, som rekommenderas till kommunerna, när de planlägger sitt tjänsteutbud. Programmen vänder sig till olika målgrupper när det gäller barnens ålder, typ och grad av problematik. Programmen har alla till syfte att stötta föräldrar i deras föräldraskap. Fokus är på relationer och kommunikation i familjen och programmen delas upp efter graden av problematik som skall förebyggas eller behandlas. Program klassificeras som "tidig insats" när man riktar sig till föräldrar, där potentiell risk kan finnas för problem i familjen, som skilsmässa, dödsfall, en risk identifierad av föräldrarna själva eller någon vårdgivare. Program som klassificeras som "specifik insats" riktar sig till föräldrar, där tydliga riskfaktorer som missbruk, kriminalitet eller problem relaterad till barnets skolgång finns i familjen. Program klassificeras som "behandling eller ingripande intervention", när allvarliga problem har identifierats hos barn och/eller föräldrar (Servicestyrelsen, 2011).

Genomgången av vetenskapligt publicerade artiklar om föräldrastöd i Norden, resulterade i två artiklar publicerade i dansk kontext. De presenterade två fallstudier av universella föräldrastödsinitiativ, som utvärderades i en kommun i Danmark, den ena riktad mot blivande/nyblivna föräldrar och den andra mot tonårsföräldrar (Reiter, 2009a, 2009b). Se appendix I.

2.3.5 Finland

Barn- och familjepolitiken har fått allt större plats i den finska välfärdspolitiken. Under 2000-talet har stora satsningar gjorts på familjecentren som ett tjänestetillbud, där verksamheter riktade till barn och föräldrar som mödra- och barnarådgivningen, öppna förskolan, skolväsendet och familjerådgivningen, samverkar för att främja barnens hälsa och välbefinnande

genom att stödja föräldrar i föräldraskapet. Vid familjecentren erbjuds föräldrar en mötesplats, där de på ett lättillgängligt sätt har tillgång till kunskap och stöd, både från professionella men även från andra föräldrar. En del av den verksamhet som erbjuds på familjecentren är föräldragrupsverksamhet för att stärka föräldrars utveckling i föräldraskapet. Stor vikt läggs vid föräldrarnas egna resurser och det stöd som ligger i att dela erfarenhet med andra i liknande situation. Det handlar framför allt om universellt stöd, d.v.s. sådant stöd som är avsett för alla barnfamiljer. Ett antal strukturerade föräldrastödsprogram erbjuds också inom ramarna för familjecentren både lokalt utvecklade och internationella (Viitala, Kekkonen, & Halme, 2011).

Mannheims barnskyddsförbund är en medborgarorganisation, som aktivt arbetar för att främja barns och familjers välbefinnande i Finland. Förbundet har även som mål att öka respekten för barndomen och ge den en mer framträdande plats i samhället samt att få barnens synpunkter beaktade i beslutsfattande. Att erbjuda stöd till föräldrar är en aktivitet för att uppnå dessa mål. Genom lokalföreningar runt om i landet, arrangeras samlingsplatser för föräldrar, familjecaféer, föräldragrupper, utbildningar och evenemang. Utöver detta bedrivs en rådgivning där föräldrar kan, via telefon och e-post ställa frågor och söka råd. Stor vikt läggs vid samarbete med andra organisationer och myndigheter, ministerier och lokala aktörer (<http://www.mll.fi/se/forbundet/>). Mannheims barnskyddsförbund är aktiv samarbetspartner i utvecklingen av familjecentren i Finland (Kalliomaa, 2011).

Genomgången av vetenskapligt publicerade artiklarna om föräldrastöd i Norden, resulterade i att alla de artiklar som återfanns skrivna i finsk kontext handlade om universella föräldrastöds insatser. De flesta hade målgruppen föräldrar till unga barn och presenterade studier genomförda inom ramen för projekt drivet av Mannheimers barnskyddsförbund. De handlade om föräldrars och professionellas upplevelser och erfarenhet av olika föräldrastödsinitiativ (Häggman-Laitila & Pietilä, 2007, 2009; Häggman-Laitila, 2003; Häggman-Laitila & Euramaa, 2003; Häggman-Laitila, Pietilä, Friis, & Vehviläinen-Julkunen, 2003). Se appendix I.

2.3.6 Island

I Island utgör det förebyggande tjänstetillbudet till barn och familjer av förebyggande råd och stöd till föräldrar, men också av varierande ekonomiskt stöd till föräldrar för att tillförsäkra att alla barn har möjlighet till att ta del av barnomsorg och fritidsaktiviteter. Behovet för det ekonomiska stödet har ökat avsevärt efter den ekonomiska kris, som drabbade Island 2008. Därför är insatser för att ekonomiskt stötta barnfamiljer för att de skall kunna klara sin försörjning med bibehållen livskvalitet centralt i den rådande isländska välfärdspolitiken. Inom mödra- och barnhälsovårdens ramar erbjuds det i många av de större kommunerna universella föräldragrupper, som riktar sig till blivande och nyblivna föräldrar. Kyrkan har även en aktiv verksamhet för familjerådgivning, där även föräldragrupper ingår (Juliusdottir & Karlsdottir, 2011).

En inventering av de tjänster som erbjuds barn och barnfamiljer i de isländska kommunerna visade att 56 % av kommunerna erbjuder föräldrautbildning av något slag och att i 76 % av kommunerna arrangerar kyrkan föräldragrupper (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2010).

Som del av Alltingis handlingsplan att stärka barn och ungas ställning i samhället strävar man efter att arbeta intersektoriellt när det gäller målområden som stöd till föräldrar i sitt föräldraskap. För att uppnå detta påpekas behovet av utvecklingsmöjligheter inom föräldrastödområdet för de professionella som arbetar inom verksamheter riktade till barn och familjer (Althingi, 2007).

Genomgången av vetenskapligt publicerade artiklar om föräldrastöd i Norden, resulterade i att en isländsk artikel hittades om föräldrars önskemål avseende stöd i föräldraskapet (Svanbjörnsdottir, 2007). Se appendix I.

2.3.7 Norge

I det norska folkhälsoinstitutets rapport om förebyggande och hälsofrämjande arbete (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2011) påtalas vikten av arbetet med föräldrastödjande verksamhet av olika grad; s.k. "lågtröskel tillbud" av stöd som riktas till alla familjer samtidigt som tidiga insatser skall erbjudas de som ligger i riskzon för problem av olika slag. Man lyfter särskilt fram främjandet av den psykiska hälsan. Det är i första hand barnhälsovården (helsestasjon), som är den instans som erbjuder lågtröskel tillbud dit för-

äldrar kan vända sig för råd och stöd och där föräldrautbildning erbjuds till blivande och nyblivna föräldrar. Strukturerade föräldrastödsprogram används med familjer, där riskfaktorer finns såsom beteendeproblematik i syfte att förebygga fortsatt utveckling i riktning mot psykisk ohälsa (Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 2011). I Norge har det även pågått arbete med en familjecentermodell – Familjens hus – där föräldrastödande insatser på olika nivåer och i intersektoriell samverkan erbjuds av verksamheter riktade mot barn och familjer. Familjens hus har etablerats i olika grad i olika kommuner och många har anpassat sin befintliga verksamhet till modellen eller så långt möjligt. De verksamheter som först och främst samverkar i Familjens hus är mödra- och barnhälsovården, socialtjänst och öppen förskola (Thyrhaug, Vedeler, Martinussen, & Adolfsen, 2011).

Genomgången av de vetenskapligt publicerade artiklarna om föräldrastöd i Norden, visade att de flesta av de artiklar, som var skrivna i norsk kontext om föräldrastöd handlade om studier gjorda på indikerade föräldrastödsprogram d.v.s. program riktade till föräldrar med barn med beteendeproblematik (Larsson, Fossum, Clifford, Drugli, Handegård, & Mørch, 2009; Hagen, Ogden, & Bjornebekk 2011; Ogden, Hagen, Askeland, & Christensen, 2009; Ogden, Forgatch, Askeland, Patterson, & Bullock, 2005; Ogden & Hagen, 2008). Två artiklar fanns skrivna om universellt föräldrastöd, den ena ur policy perspektiv (Andrews, 2003) och den andra ur professionellas perspektiv (Fjetland & Soreide, 2010). Se appendix I.

2.3.8 Sverige

Verksamhet med öppna föräldragrupper inom barnhälsovården har funnits i Sverige sedan 1979. Den officiella målsättningen har varit att öka föräldrars kunskap om barns utveckling och behov samt skapa mötesplats som stimulerar kontakt mellan föräldrar, där även samhälleliga förhållanden av vikt för barnen lyfts. Denna verksamhet riktar sig först och främst till föräldrar under spädbarnstiden och nyttjas oftast av mödrar (Bremberg, 2004).

Föräldrastödsprogram baserade på utvecklingspsykologi, sociala inlärningsteorier och/eller konsekvensstyrda beteendetekniker används ofta i verksamheter som riktar sig till föräldrar och barn. Dessa har som syfte att förebygga psykisk ohälsa, huvudsakligen av utåtagerande typ. Över hundra program är identifierade i Sverige. En stor del har utvecklats lokalt, men det

finns även många som är baserade på internationellt utvecklade program (SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2010).

För att utveckla och utvärdera strategier för föräldrastöd pågår under perioden 2010–2012 flera projekt initierade inom ramen för den nationella strategin för utvecklat föräldrastöd. Dessa projekt genomförs i samarbete mellan forskningsinstitutioner och kommunala verksamheter, som riktar sig mot barn och föräldrar (Ahnquist, 2011). Strategin är framtagen på Sveriges regerings initiativ i syfte att vända den negativa utvecklingen av barns och ungdomars psykiska och fysiska hälsa som har ägt rum de senaste två decennierna. Strategin utgår från en definition av föräldrastöd som "en aktivitet som ger föräldrar kunskap om barns hälsa, emotionella, kognitiva samt sociala utveckling och/eller stärker föräldrars sociala nätverk" (s. 2). Man har som övergripande mål att alla föräldrar till barn 0–18 år skall erbjudas föräldrastöd. För att uppnå detta görs det satsningar på lokala initiativ som skall öka samverkan kring föräldrastöd mellan aktörer vars verksamhet riktar sig till föräldrar, öka antal hälsofrämjande arenor och mötesplatser för föräldrar. Dessutom satsar man på initiativ som tas för främjandet av utbildning i hälsofrämjande metoder och universella evidensbaserade föräldrastödsprogram bland föräldrastödsaktörer (SOU 2008:131).

Genomgången av vetenskapligt publicerade artiklar om föräldrastöd i Norden, visade att de flesta av de studier, som har gjorts i svensk kontext handlar om universellt föräldrastöd riktat till föräldrar med barn i spädbarnsåldern och undersöker föräldrarnas upplevelser (Erver & Fahlstrom, 2001; Fabian, Rådestad, & Waldenström, 2005, 2006; Hakansson, Petersson, & Petersson, 2003, 2004; Petersson, Petersson, & Hakansson, 2004; Börjesson, Paperin, & Lindell 2004). Se appendix I.

De studier som har gjorts rörande föräldrastöd, där målgruppen är föräldrar till barn i förskole- och skolåldern rör utvärdering av indikerat föräldrastöd, d.v.s. där målgruppen är föräldrar till barn med riskfaktorer så som beteendeproblem eller överviktsproblem (Axberg, Hansson, & Broberg, 2007; Kling, Forster, Sundell, & Melin, 2010; Melin & Lenner, 2009; Thorell, 2009; Widding, 2011). Några studier har också genomförts om universellt föräldrastöd riktat till föräldrar till tonåringar i syfte att förebygga tonåringars alkoholkonsumtion (Hallberg & Hakansson, 2003;

Pettersson, Linden-Bostrom, & Eriksson, 2009; Skarstrand, Branstrom, Sundell, Kallmen, & Andreassen, 2009; Strandberg & Bodin, 2011).

2.3.9 Sammanfattning

Det pågår ett omfattande arbete med stöd till föräldrar i deras föräldraskap i samtliga nordiska länder. Barn- och familjepolitiken är en viktig del av den rådande välfärdspolitiken och enighet förefaller finnas om vikten av att skapa bra förutsättningar för föräldrar att växa i sitt föräldraskap för att kunna skapa ett gott familjeliv och goda uppväxtvillkor för sina barn. Tillvägagångssättet skiljer sig något mellan länderna, men samtliga betonar vikten av samarbete mellan olika sektorer och verksamheter, som arbetar med barn och familjer. Universella insatser riktade till alla föräldrar tidigt i föräldraskapet och varierade möjligheter för mer strukturerad stöd till de som löper större risk än andra att utveckla ohälsa är utmärkande för de nordiska föräldrastödsmodellerna.

Gemensamt för de nordiska länderna är:

- universellt föräldrastöd som erbjuds blivande och/eller nyblivna förstagångsföräldrar, där föräldrarollen samt barns fysiska och psykiska utveckling diskuteras
- indikerat föräldrastöd, baserat på lokalt och/eller internationellt utvecklade strukturerade föräldrastödsprogram, där målgruppen är föräldrar till barn som har visat tecken på beteendeproblematik i någon grad. Syftet med dessa program är att förebygga psykisk ohälsa och social marginalisering.

Länderspecifikt:

- Sverige och Finland arbetar mest aktivt med universellt föräldrastöd till föräldrar till barn i alla åldrar. Sverige gör så genom satsningen på den nationella strategin för utvecklat föräldrastöd och Finland med sin satsning på familjecentren.
- Island betonar ekonomiskt stöd till barnfamiljer.
- Danmark betonar vikten av att identifiera och stödja sårbara barn och utsatta grupper i sitt arbete med föräldrastöd.

- Norge framhåller vikten av att förebygga psykisk ohälsa och bedriver en aktiv forskning om effekten av de utspridda föräldrastödsprogrammen som erbjuds till familjer med barn med beteendeproblematik.

2.4 Hälsofrämjande i läroplaner för förskolan i de olika nordiska länderna

I detta avsnitt sammanfattas hur hälsofrämjande tas upp i förskolornas läroplaner rörande hälsa och hälsosamt levnadssätt.

(DK: dagtilbud, FI: småbarnsfostran, dagvård IS: leikskóli, NO: barnehage, SE: förskola)

2.4.1 *Danmark*

I dansk lagstiftning om förskoleverksamhet framkommer att förskolan skall erbjuda barn en miljö som är främjande för hälsa, välbefinnande, utveckling och lärande. Enligt lagen (Socialministeriet, 2011) skall alla förskolor utarbeta en skriftlig läroplan, i vilken det pedagogiska arbetet planeras, beskrivs och utvärderas. Hur läroplanen ser ut och hur arbetet genomförs får varje förskoleverksamhet själv bestämma, men inriktningen skall vara på barnens lärande inom följande temaområden:

- allmän personlig utveckling
- social kompetens
- språkutveckling
- kropp och rörelse
- natur och naturfenomen
- kulturella uttrycksformer och värdegrunder.

(Socialministeriet, 2011)

Ett av målen med temaområdet "Kropp och rörelse" är att stärka barnens fysiska hälsa genom kost, motion och hygien. Genom att upptäcka världen genom att använda sin kropp och i rörelse, skapas förståelse hos barnen

för sin kropp, dess styrkor och möjlighet och hur viktig den är för hälsa och välbefinnande. Inom temaområdet "Social kompetens" inriktas arbetet på att barnen skall lära känna sig själva genom interaktion med andra barn och få uppleva trygghet och tillit i relation till andra barn och vuxna. Förskolan skall fungera som ett växthus för personlig utveckling, där alla barn skall få känna sig som värdefulla deltagare i ett sammanhang (Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender, 2004).

2.4.2 Finland

I Lagen om barndagvård (Finlands regering, 1973) framkommer att förskolan (dagvården, småbarnsfostran) skall fungera som stöd för hemmen i deras uppgift att fostra barnen samt att verka för främjandet av barnens personliga utveckling. I lagen läggs vikt vid att det skall skapas trygga och varma relationer och att förskolan bör, utifrån barnens individuella behov och "med beaktande av det allmänna kulturarvet, främja barnets fysiska, sociala och emotionella utveckling samt stödja barnets estetiska, intellektuella, etiska och religiösa fostran" (Finlands regering 1973, 25.3.1983/304).

I nationella riktlinjer för förskoleverksamheten, som utgör ramen för arbetet, betonas att det är barnets välbefinnande som är det centrala och att syftet med förskoleverksamheten i första hand är att främja barnets välbefinnande.

Riktlinjernas viktigaste principer är barnens rätt till:

- trygga medmänskliga förhållanden
- att växa upp, utvecklas och lära sig under trygga förhållanden
- en trygg och hälsosam miljö i vilken det är möjligt för barnet att leka och fungera på ett mångsidigt sätt
- att bli förstådd och uppmärksammas enligt sin ålder och utvecklingsnivå
- specialstöd i den mån som sådant behövs
- egen kultur, eget modersmål, egen religion eller livsåskådning.

(Grunderna för planen för småbarnsfostran, Stakes, 2005)

Omsorg, uppfostran och utbildning skall ses och ges i en helhet, där barnets ålder och individuella behov styr vilken del som betonas mest. Man skall värna om att barnens hälsa och funktionsförmåga och grundläggande behov tillgodoses. När verksamheten planeras skall barnens naturliga sätt att fungera beaktas. I grunderna för planen för småbarnsfostran (Stakes, 2005) betonas fyra inlärningsområden:

- barnets lek
- barnets fysiska aktivitet
- barnets konstupplevelser och förmåga att uttrycka sig
- barnet utforskar.

Under området "Fysisk aktivitet" betonas barnens naturliga behov och vilja till att röra på sig. Förskolans miljö skall därför anpassas så att barnen fritt och ohindrat kan röra på sig. Fysisk aktivitet på förskolan menar man ökar barnens välbefinnande, främjar deras kroppskännetenhet samt lägger grunden för fysisk aktivitet som en naturlig del av den dagliga livsstilen (Stakes, 2005).

2.4.3 Island

I den isländska lagstiftningen om förskolor (Althingi, 2008), framkommer att barn skall på förskolan ges omsorg och utbildning i hälsosam och stimulerande miljö under trygga förutsättningar för lek och lärande. Huvudmålen med all förskoleverksamhet skall vara:

- att följa och främja barnens allmänna utveckling i nära samarbete med föräldrar
- att erbjuda regelmässig språkstimulering och främja adekvat förmåga i det isländska språket
- att ta hand om barnen utifrån varje individs fysiska, psykiska och intellektuella behov så att alla får åtnjuta sin barndom
- att främja barnens vidsynthet och moraliska medvetenhet
- att grundlägga barnens utveckling till självständiga individer, aktiva och ansvarsfulla deltagare i ett demokratiskt samhälle

- att vårda barnens färdigheter för yttrande och skapande i syfte att bland annat främja deras självkänsla, hälsoförståelse, trygghet och kommunikationsförmåga.

(Althingi, 2008)

Nationell läroplan finns utarbetad för att underlätta förskolornas arbete relaterat till målen i lagen. Varje förskola skall utarbeta egen läroplan, som ligger till grund för deras arbete. Huvudverktyget för lärandet skall vara barnens lek och dagliga aktiviteter. Fyra temaområden för barnens lärande lyfts speciellt fram.

De fyra områden är:

- läskunnighet och kommunikation
- hälsa och välbefinnande
- vetenskap och bärkraft
- kreativitet och kultur.

Inom området hälsa och välbefinnande läggs det vikt vid att barnen tillägnar sig en hälsosam livsstil med hälsosam kost, fysisk aktivitet, vila och hygien. Möjligheter bör finnas för barnen att fritt och ohindrat vara fysiskt aktiva, men även planerade aktiviteter bör erbjudas. I förskolans förebyggande arbete ingår information och utvärdering i form av olika projekt för barnen, personal och föräldrar, i syfte att främja barnens skolgång. Grundtanken är att barns välbefinnande har positiv inverkan på deras inlärninng samt förmåga att interagera med sin omgivning (Mennta- og menningarmálaráðuneytið, 2011).

2.4.4 Norge

Enligt den norska barnehageloven (Kunnskapsdepartementet, 2005) skall förskolan erbjuda barn en miljö som försäkrar individuell och gruppvis omsorg och stöd som stimulerar till lek, lärande, utveckling och etisk vägledning. Stor vikt läggs vid nära samarbete med hemmen. Alla förskolor skall arbeta efter de nationella riktlinjerna för förskoleverksamhet (Kunnskapsdepartementet, 2005).

I Rammeplanen framkommer att förskolan skall ha en hälsofrämjande och förebyggande funktion i det norska samhället och bidra till att utjämna sociala olikheter. Arbetet är inte i detalj beskrivet, men stor vikt läggs på värdegrundsarbete. Detta skall skapa respekt för sig själva och andra hos barnen samt lära dem att sätta sig in i andras situation. Barnen skall ges utrymme för att uttrycka sina känslor och känna sig hörda och sedda. Förskolan skall bidra till att barnen utvecklar tro på sig själva och andra. Att ta vara på barnens nyfikenhet och funderingar i mötet med andra barn menar man lägger grund för barnens kritiska reflektion om sig själva i samhället. De skall ges stöd i att förstå egna handlingar och hållningar. I umgänge med andra får barnen erfarenhet av att interagera med andra i olika situation och får utvecklat sin sociala kompetens. I Rammeplanen påtalas vikten av nära samarbete med hemmen och att förskolan skall ses som ett komplement till hemmet (Kunnskapsdepartementet, 2011).

Förskolearbetets innehåll har i Rammeplanen delats upp i sju ämnesområden:

- kommunikation, språk och text
- kropp, rörelse och hälsa
- konst, kultur och kreativitet
- natur, miljö och teknik
- etik, religion och filosofi
- närmiljö och samhälle
- tal, rum och form.

Genom att arbeta med kropp, rörelse och hälsa bidrar förskolan till att barnen får en positiv självuppfattning och en bra kroppskänedom. De får även med sig positiva upplevelser av friluftsliv under olika årstider. Arbetet skall bidra till att barnen utvecklar förståelse och respekt för den egna och andras kropp samt att allas kroppar är olika. Arbetet med kropp, rörelse och hälsa skall även bidra till förståelse för betydelsen av hälsosam kost och levnadsvanor samt allmän kunskap om människokroppen (Kunnskapsdepartementet, 2011).

2.4.5 Sverige

Enligt den svenska skollagen (Sverigesriksdag, 2010) skall förskoleverksamheten syfta till att stimulera barns utveckling och lärande samt erbjuda trygg omsorg. Förskoleverksamheten skall utgå ifrån helhetssyn på barnen och deras behov där omsorg, utveckling och lärande som helhet skall eftersträvas. I läroplanen för förskolan (Skolverket, 2011) läggs stor vikt vid förskolans arbete med värdegrunder, där alla människors lika värde, jämlikhet och medmänsklighet framhävs. Förskolan skall värna om alla barns välbefinnande och individuella behov. I läroplanen finns beskrivet riktlinjer för förskoleverksamhetens arbete. Arbetet är uppdelat på tre målområden:

- normer och värden
- utveckling och lärande
- barns inflytande.

De flesta av målen ligger under området "Utveckling och lärande". Det påtalas att förskolan bör sträva efter att barn utvecklar sin motorik, koordinationsförmåga, kroppsuppfattning och samt förståelsen för vikten av att värna om sin hälsa. Det framhålls vikten av att vara god medmänniska, kunna sätta sig in i andras situation och visa respekt för människor och natur. Att utveckla trygghet i sin identitet samt förmågan att kunna uttrycka sina tankar och åsikter för att kunna påverka sin situation betonas också i läroplanen. Förskolan skall ses som stöd för hemmet i deras ansvar för barnens uppfostran och utveckling. Förskolan och föräldrar skall i samarbete verka för att barnen får utvecklas efter egna förutsättningar (Skolverket, 2011).

2.4.6 Sammanfattning

Ovanstående genomgång bygger på den allmänna nationella läroplanen eller nationella riktlinjer för förskoleverksamheten i varje land. Utöver dessa finns det förskolor med olika inriktningar, där några riktar sig speciellt mot hälsa och/eller utevistelse.

I den svenska läroplanen för förskolan nämns aldrig hälsofrämjande, medan i den norska betonas förskolans hälsofrämjande roll i samhället.

Jämlikhet, solidaritet och andra demokratiska värden betonas i den svenska läroplanen, viktiga komponenter i hälsofrämjande arbete. Finland betonar barnens välbefinnande som en central målsättning i sina planer och lyfter speciellt fram fysisk aktivitet som viktig för välbefinnandet och också för lärandet. Vikten av att lära sig att värna om hälsan och visa respekt för egen kropp påtalas i alla länder. Socialt samspel är likaså ett gemensamt målområde.

Hälsa och välbefinnande får påtagligt minst utrymme i den svenska läroplanen i jämförelse med de andra länderna. De flesta ländernas lagstiftning ålägger de enskilda verksamheterna att skriftligt utforma egna läroplan för sina verksamheter baserade på de nationella riktlinjerna/läroplanen.

3. Utvecklingen av *Nordiska Livsstilsverkstan*

K.C. Ringsberg

I detta kapitel beskrivs *Nordiska Livsstilsverkstans* bakgrund och teoretiska förankring, hur den utvecklats och forskningsansats som använts vid detta arbete.

Livsstilsverkstan är ett arbetsredskap och en handledarguide, som har utvecklats inom ramen för detta projekt att användas av föräldrar och hälsopersonal, som arbetar med barn, samt förskolepedagoger och folkhälsoplanerare vid gemensamma diskussioner rörande hur man kan främja förskolebarns hälsa och livsstil.

3.1 Bakgrund

Idén till att utveckla *Nordiska Livsstilsverkstan* växte fram mot bakgrund av larmrapporter om ökad barnfetma, ökad mental ohälsa hos barn, föräldrars upplevelse av tidsbrist och ökad stress och dess negativa konsekvenser på barn och vuxna, samt utifrån reflexioner och diskussioner med representanter från WHO rörande dagligföretags- och mediers inverkan på människor (Ringsberg, K. C., 2009). Till skillnad från redan utarbetade föräldrastödmodeller, som ofta fokuserar på problem och riskfaktorer, önskades ett hälsofrämjande och salutogent perspektiv. Utifrån ett sådant perspektiv ses hälsan som en resurs. Se Kapitel 1 i denna rapport.

3.2 Syftet med *Nordiska Livsstilsverkstan*

Huvudsyftet med *Nordiska Livsstilsverkstan* är att deltagarna, föräldrar och professionella, skall skaffa sig kunskap om och förståelse av samband mellan livsstil och hälsa, hur det påverkar den egna, barnets och familjens hälsa samt att deltagarna reflekterar över, hur man kan omsätta denna kunskap och insikt i praktiken. En förhoppning är att denna kunskap skall föras över till barnen, så att de i framtiden på egen hand kan göra hälsofrämjande livsstilsval.

3.3 Målgrupp

Huvudmålgruppen ("huvudbrukarna"), för *Livsstilsverkstan* är barn mellan 3–5 år och deras föräldrar. De flesta barn i denna åldersgrupp, som bor i Norden, innefattas av förskoleverksamhet. Förskolan blev därför definierad som en tänkbar "hälsofrämjande arena", där *Livsstilsverkstan* skulle passa att genomföras. *Livsstilsverkstan* bygger på samverkan mellan föräldrar och olika sektorer; hälsoväsendet, förskolan och universitet/högskola. Därför kan även förskolepedagoger, leg. sjuksköterskor vid barnavårdscentraler (BVC) och övrig personal inom dessa två verksamheter betraktas som "brukare". Forskarna har möjlighet att sprida sina

forskningsresultat i dialog och kan inspireras till ny forskning. Samtliga involverade i *Livsstilsverkstan* har således en möjlighet till eget lärande.

Nordiska Livsstilsverkstan är väl grundad i de nordiska ländernas lagstiftning rörande hälsofrämjande arbete, i policy dokument och förordningar som rör barnhälsoarbete, föräldrastödsutbildning och läroplaner för barn i den aktuella åldersgruppen (förskolebarn).

Inspirerad av "health promoting schools" (www.who.org) har förskolan i *Livsstilsverkstan* definierats som en hälsofrämjande arena. I en "hälsofrämjande skola" satsar man målmedvetet på att utveckla hela skolans vardag utifrån ett holistiskt och salutogent perspektiv. En stödjande fysisk och psykosocial miljö för hälsan skall genomsyra hela skolan. Elever, föräldrar och personal skall inkluderas i arbetet, så att alla känner sig delaktiga. Alla skall uppmuntras till att ta eget ansvar för sitt eget lärande och sin egen hälsa. Samverkan med andra aktörer som t.ex. landsting, kommun och aktörer i närmiljön är viktig. Arbetet bör ske på olika nivåer; individnivå men också på strukturell nivå. Tanken bakom att definiera förskolan som en hälsofrämjande arena är att om en stödjande miljö för hälsa utvecklas där, kommer den alla tillgodo på sikt, även de barn som inte är så privilegierade. *Livsstilsverkstan* skulle kunna bidra vid ett sådant arbete.

3.4 Teoretisk förankring

Health promotion är ett multidisciplinärt och flervetenskapligt område och hämtar teorier från olika vetenskapsområden.

Livsstilsverkstan är förankrad teoretiskt i de principer och idéer som finns beskrivna rörande hälsofrämjande arbete. Eftersom den har ett uttalat pedagogiskt syfte har teorier från pedagogiken hämtats. Dessutom är den förankrad i lagar, policy dokument, förordningar och läroplaner för förskolan som rör hälsofrämjande arbete.

3.4.1 Hälsofrämjande arbete

Arbetet med att i projektet utveckla *Livsstilsverkstan* hade ett hälsofrämjande fokus och tog sin utgångspunkt i de principer och idéer som finns beskrivna kring hälsofrämjande arbete i Ottawa Charter (1986) och av

Rootman *et al.* (www.who.org; Rootman *et al.*, 2001). Planering och genomförande av projektet har följt de sju hälsofrämjande principer som beskrivits av Rootman *et al.* (ibid.).

De sju hälsofrämjande principer är:

- holistic – helhetssyn på hälsa
- empowerment – maktmobilisering
- equity – jämlikhet
- participatory – delaktighet
- intersectoral – intersektoriellt arbete
- multistrategy – multistrategi
- sustainability – hållbarhet.

Se kapitel 1 i denna rapport.

3.4.2 Pedagogiskt perspektiv

Föräldrarnas lärande står i fokus för *Nordiska Livsstilsverkstan*. Men även andra viktiga aktörer kring barnet och föräldrarna är involverade i läroprocessen. Genom dialog och utbyte av erfarenheter lär vi oss av varandra, föräldrar så väl som professionella. Då vi alla har olika förståelse och olika förutsättningar för att lära, bör var och en ta eget ansvar för lärandet. Det är en förhoppning att var och en utvecklar ett undersökande förhållningssätt rörande de olika teman som ingår i *Livsstilsverkstan*. Ett bra sätt att tillägna sig ett sådant är att reflektera och självständigt komma fram till vad man behöver lära sig, söka information från andra källor och lära sig att bedöma, om man har lärt sig tillräckligt.

Det pedagogiska förhållningssättet i *Livsstilsverkstan* är inspirerat av teoretiska antaganden om lärande som problembaserat lärande (PBL) bygger på. PBL är en metod för att initiera meningsfullt lärande i ett livsvärldsperspektiv, d.v.s. man fokuserar på upplevelser och erfarenheter. Det finns en tilltro att människor har 1) en vilja att lära sig, 2) att de har egna inre resurser att göra så, samt 3) att kunskap skapas i dialog med andra (Silén, 2001). Teorier av Knowles (1975) och Dewey (1916) ligger till grund för tänkandet liksom på senare år fenomenografi (Marton & Booth, 2000). Att delta i *Livsstilsverkstan* ger bra möjlighet till att utöver

forskningsbaserad information, ta del av andras erfarenheter och att dela med sig av sin egen, vare sig man är förälder, förskolepedagog, sjuksköterska, socionom eller forskare. Alla lär sig oavsett om man är förälder eller deltar som professionell.

Grundläggande idéer bakom PBL

Utmärkande för PBL är det undersökande förhållningssättet i studierna och eget ansvar för lärandet. Lärandet utgår från verklighetsanknutna situationer som analyseras och diskuteras. Var och en reflekterar över sitt lärande och försöker självständigt komma fram till vad hon/han behöver lära sig i förhållande till de uppsatta målen. I det egna ansvaret ingår även att söka reda på litteratur och andra källor och att lära sig att bedöma, om man har lärt sig tillräckligt. Målen i en utbildning är desamma för alla, men den som skall lära har själv inflytande över att tolka vad målen innebär samt sättet och vägen att nå dessa. En viktig undervisningsform är att arbeta i mindre grupper (basgrupper), men seminarier, föreläsningar är också väsentlig del i PBL (Silén, 2001).

Centralt i PBL är att den som lär skall vara i fokus i en utbildning. Ett motsatt sätt kan vara att tyngd läggs på undervisning att lärarens planering att lära ut styr. De två engelska orden för lärande "learning" och "teaching" beskriver de olika pedagogiska ansatserna. Skillnaden mellan de olika förhållningssätten kan illustreras med en kort anekdot: Läraren: Jag har lärt Pricken att vissla. Kollega: Jag hör inte att han visslar. Läraren: Jag sade att jag hade lärt honom (teaching) inte att han lärt sig (learning). Man utgår i undervisningen från en helhetsbild, ett sammanhang, som det är möjligt att knyta an till samt verklighetsanknutna situationer (utgångspunkter). En tanke är att den som skall lära med hjälp av situationerna konkret kan sätta sig in i och uppleva att det här måste jag klara av och kunna förstå. Det blir han/hon själv som gör en analys av vad situationen innehåller och vad som är viktigt att reda ut i förhållande till uppsatta mål. Med hjälp av utgångspunkterna och vetenskapliga fakta diskuteras och analyseras situationerna och var och en reder ut vad man förstår och inte förstår och om mer information behöver inhämtas (Silén, 2001).

Basgrupp

Varje basgrupp har en handledare, facilitator, vars uppgift är att vägleda, stimulera, utmana och stödja arbetet. Handledaren skall inte förmedla kunskaper inom de ämnesområden som gruppen diskuterar, utan skall få gruppmedlemmarna att undersöka vad de förstår och vad de behöver lära sig mer om. För att vägleda gruppen är det viktigt att handledaren är insatt i utbildningens övergripande mål och de mål som gäller för det aktuella området (Silén, 2001).

Vad betyder detta överfört till Livsstilsverkstan?

Deltagarna i *Livsstilsverkstan* kan jämföras med de studerande i ovanstående text. Det övergripande syftet med *Livsstilsverkstan* är ju att få familjer, tillsammans med professionella från olika verksamheter, att förstå samband mellan livsstil och hälsa/ohälsa, för att de tillsammans med barnen skall kunna göra hälsosamma val. En förhoppning är att barnen på så sätt lär sig så att de i framtiden själva skall kunna göra hälsosamma val. Målet med *Livsstilsverkstan* är således att skapa en grund för att deltagarna blir "flygfärdiga" för att kunna göra livsstilsval relaterat till hälsan även om den exakta situationen inte berörts i *Livsstilsskolan*. Detta innebär med andra ord att skapa ett kritiskt förhållningssätt och handlingsberedskap. För detta krävs aktuella kunskaper om olika områden men också ett undersökande förhållningssätt. Att vara "flygfärdig" betyder att ha skaffat sig handlingsberedskap för att självständigt och medvetet fatta beslut, bedöma den egna förmågan och på olika sätt kunna använda sitt kunnande.

Livsstilsverkstan är upplagd så att föräldrar och professionella träffas i grupp (jämför basgrupp ovan) för att diskutera ett specifikt tema. För att få en helhetsbild och ett sammanhang av temat rekommenderas att varje gruppträff inleds med en kort summering av vetenskapliga rön inom temat. Dessa kan hämtas som text från "Arkivet" i den webb-baserade versionen eller genom att bjuda in en forskare som föreläser en kort stund och sedan deltar i den efterföljande diskussionen som resurs, men inte som expert. Verklighetsanknutna situationer (utgångspunkter), som berör temat, analyseras och diskuteras både utifrån deltagarnas levda erfarenhet och en vetenskaplig bas bl.a. genom statistik och artiklar som skrivits specifikt med tanke på ämnesområdet. (Se kapitel 3 i denna rapport). Deltagarna själva kommer fram till om de som grupp behöver inhämta mer information om temat, om de önskar diskutera det vid flera tillfällen

eller om de vill byta tema. Ett tema kan också börja med att deltagarna först diskuterar utifrån sina egna erfarenheter. Därefter sker en uppsummering och återkoppling mot vetenskapliga rön.

Eftersom *Nordiska Livsstilsverkstan* bygger på intersektoriell samverkan leds gruppen företrädesvis av två handledare, facilitators, som representerar olika sektorer. Deras uppgift är att vägleda, stimulera, utmana och stödja gruppmedlemmarna i deras lärande. De skall inte inta rollen av att vara expert, som förmedlar kunskaper inom temaområdet. Däremot har de ansvar för att se till att vetenskapliga fakta kommer deltagarna till del genom att t.ex. göra en kort sammanställning av referensmaterialet, trycka ut material för läsning, bjuda in forskare som föreläsare och diskutant samt att initialt föreslå utgångspunkter. Handledarnas huvudsakliga roll är att se till att grupprocessen fungerar; att det blir en gruppdiskussion och att lärandet står i fokus.

Det är därför en fördel om handledaren har grundläggande kunskaper om grupprocessen. Det finns en hel del litteratur skrivet inom området. En kort kurs om att leda *Livsstilsverkstan* erbjuds från NHV (www.nhv.se).

3.4.3 *Förankring i nordiska lagar, förordningar och dokument*

Nordiska Livsstilsverkstan är förankring i de fem nordiska ländernas lagar, policy dokument, förordningar och läroplaner som rör hälsofrämjande arbete.

3.5 Forskningsansats

Projektet med att utveckla *Nordiska Livsstilsverkstan* har pågått under 2010–2012. Det startade med ett pilotprojekt, som pågick under tiden 2009 och 2010. Resultat från detta har vävts in i och vidareutvecklats i huvudprojektet under 2011 men framför allt under 2012, vilket resulterat i *Livsstilsverkstans* nuvarande form. Denna rapport omfattar huvudprojektet.

Som forskningsansats har ett aktionsforskningsinriktat arbetssätt valts. Det innebär att resultaten har formats tillsammans med deltagarna (Reason, 1994; Reason & Heron, 1986). Aktionsforskning som forskningsmetod har använts sedan mitten av 1900-talet, då Lewin (1997)

kombinerade forskning med praktiska förändringar. Senare har Starrin (1993, p. 23) beskrivit forskningstraditionen som "ett nära samarbete mellan aktion och forskning och mellan teori och praktik i en förändringsprocess". Gibson (1991) menar att aktionsforskning är nära förenat med begreppet empowerment, vilket är ett centralt begrepp inom hälsofrämjande arbete.

Holter och Schwartz-Barcott (1933) har identifierade tre sätt att genomföra aktionsforskning på; "technical collaborative approach", "critical-empiric approach" och "mutual collaborative approach".

Livsstilsverkstan tar sin utgångspunkt i det tredje sättet, "mutual collaborative approach", vilket innebär att man har ett hermeneutiskt perspektiv och ett induktivt sätt att arbeta. Forskningsansatsen betonar deltagande, en holistisk syn på kunskap och vetande, kritiskt förhållningssätt, självreflexion och reflexion tillsammans med andra, och att kunskap skapas i praktiska situationer med syfte att den skall bli användbar praktiskt och vetenskapligt (Heron & Reason, 2006; Reason & Heron, 1986). Den aktuella forskningsinriktningen, "co-operative inquiry" (ibland också kallad handlingsorienterad ansats) har vidareutvecklats i ett norskt kontext (Granerud, 2008; Hummelvoll, 2003, 2008; Hummelvoll & Severinsson, 2005; Trollvik, Eriksson, Ringsberg, & Hummelvoll, 2013, under tryckning). Co-operativ inquiry beskriver arbetet och forskningsprocessen i fyra steg: I Förberedelse, II Orientering, III Intervention och IV Utvärdering. Det är denna ansats som använts i arbetet vid utvecklingen av *Livsstilsverkstan*.

I praktiken innebar detta vid utvecklingen av *Livsstilsverkstan* att det har skett en ständig växelverkan mellan forskarnas idéer, tidigare erfarenheter, förankring i teorier rörande hälsofrämjande arbete och pedagogik samt idéer och erfarenheter från *Livsstilsverkstans* tilltänka målgrupp. *Livsstilsverkstan* har förankrats i ett nordiskt perspektiv. I appendix II i denna rapport framgår hur arbetet påbörjades i pilotprojektet. I appendix III i denna rapport framgår resultatet av de intervjuer, som genomfördes i samtliga nordiska länder. För att föra in ett globalt perspektiv har fokusgrupp diskussioner genomförts i Vietnam och Sydafrika med samma målgrupper som i *Livsstilsverkstan* och med samma tematiska frågeområden. Dessa har varit de intervjuades uppfattningar av hälsa och livsstil, vilka utmaningar de möter i vardagen

och vilka strategier de använder, samt vad de anser vara relevant att diskutera i en utbildningsinsats som *Livsstilsverkstan* och hur den praktiskt skall utformas.

3.5.1 Etiskt godkännande

Godkännande rörande insamling av material i *Nordiska Livsstilsverkstan* inhämtades från forskningsetiska kommittéer i Sverige, Island och Finland, som alla tillstyrkte projektet. Kommunikation har skett med motsvarande kommittéer i Danmark och Norge, men på grund av materialets karaktär kräver inte dessa länder godkännande från etisk kommitté.

3.5.2 Samarbete med andra forskare

För att tillföra *Livsstilsverkstan* "färska" vetenskapliga data rörande nordiska barns hälsa har samarbete skett med nordiska forskare inom NordChild projektet (www.nhv.se). Samarbete har också skett med forskare vid Göteborgs- och Lunds universitet rörande ämnesområdet medier och hälsa. För vetenskapliga rapporter och artiklar se kapitel 4 i denna rapport.

Barns hälsa och välfärd i Norden – en ny uppföljande studie i de fem nordiska länderna (NordChild)

Statistiska uppgifter från NordChild studien redovisas i *Livsstilsverkstan* för åldersgruppen 2–6 år. Det är en tvärsnittsstudie rörande barn i åldern 2–17 år från de nordiska länderna; Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige baserad på data som samlats in under åren 1984, 1996 och 2011. Ett slumpmässigt urval, stratifierat för ålder och kön, gjordes i alla nordiska länder, vilket utgjorde en total population på 10 213 individer år 1984, 10 317 år 1996 och 7 810 år 2011. Svarsfrekvensen var 67 % år 1984, 70 % år 1996 och 48,8 % år 2011. Etiska kommittéer i Finland, Island och Sverige godkände projektet. Danmark och Norge krävde inte sådant godkännande men rapportering skedde till datainspektionerna. Data samlades in med ett frågeformlär, som översattes från svenska till finska, danska, norska och isländska. Det innehöll i stort sett samma frågor 1984, 1996 och 2011; bakgrundsfrågor om barnet, dess familj, barnets hälsa, kontakter med hälso- och sjukvården, barnets egna aktivitet och aktiviteter tillsammans med föräldrarna, socioekonomiska data om för-

äldrarna, frågor rörande föräldrarnas hälsa samt barnets bruk av dator och Internet (nytt 2011). Frågeformuläret har tidigare validerats i stora populationsstudier (Berntsson, 2000; Lindström, 1994; Ekman-Joelsson, Berntsson, & Sunnegård, 2000). Det skickades ut med post. Den förälder som bäst kände till barnets situation uppmanades att svara, gärna tillsammans med barnet.

3.5.3 Forskningsprocessen och utveckling av Nordiska Livsstilsverkstan i fyra steg

Nordiska Livsstilsverkstan utvecklades genom ett pilotprojekt (2010) och ett huvudprojekt (2010–2012). Professor KC Ringsberg (KCR) var projektledare för båda projekten och är också huvudförfattare och redaktör.

Följande personer har under olika perioder och i olika sysselsättningsgrad varit knutna till projektet: Docent Ulrika Hallberg (UH), forskarstuderande Hrafnhildur Gunnarsdottir (HG), postdok Gabriella Sandstig (GS), docent Helena Sandberg (HS), fil. dr Veselinka Möllerström (VS), fil. dr Jörgen Larsson, författare Fredrik Warberg samt docent Leeni Berntsson (LB).

Som Temautvecklare (I–III) medverkade: Forskarstuderande Hrafnhildur Gunnarsdottir (HG), fil. dr Jörgen Larsson (JL), författare Fredrik Warberg (FW) och docent Helena Sandberg (HS).

Forskningsprocessen innehöll följande steg:

Steg I – Förberedelse 2009

Samarbete i en nordisk referensgrupp sammansatt av representanter för social- och hälsodepartement, folkhälsoinstitut, NMR och NVC m.fl. Ansökan om ekonomiska medel för Huvudprojektet skrevs och skickades till Nordiska Ministerrådet – Globaliseringsinitiativet av projektledaren (KCR). Ansökan om ekonomiska medel skickades till NMR, ÄK-S, för att starta ett pilotprojekt (KCR).

Steg II – Orientering 2009–2010

Medel erhöles till pilotprojekt från NMR, ÄK-S. Anställning av forskare (UH) på deltid först i Pilotprojektet och senare i Huvudprojektet (1 december 2009–31 december 2010). Projektgrupp etablerades vid NHV. Ansökan (UH) sändes till etiska kommittén vid Göteborgs universitet, som gav sitt medgivande 18 januari 2010. Pilotprojektet påbörjades enligt

inlämnad projektplan först med administrativa kontakter (KCR) därefter med intervjuer i januari 2010 (UH).

Ny nordisk referensgrupp sattes samman av NMR för att tillsammans med projektledaren arbeta med ansökan, steg 2, till Huvudprojektet under våren 2010 och därefter vid genomförandet av Huvudprojektet. Referensgruppen bestod av representanter från: Socialministeriet och Sundhedsstyrelsen i Danmark, Social- och hälsovårdsministeriet samt Institutet för hälsa och välfärd i Finland, Velfärdsdepartementet i Island, Helsedirektoratet i Norge samt Socialdepartementet och Folkhälsoinstitutet i Sverige. Representanter från NMR och NHV deltog också i diskussionerna. Representanter för Grönland, Färöarna och Åland har regelbundet fått information om projektet. Medel beviljades från NMR för huvudprojektet under våren 2010.

Två arbetsmöten ägde rum under våren 2010 med den nordiska referensgruppen rörande ansökan. Under resterande projekttid 2010–2012 har ett antal telefonkonferenser hållits med gruppen. Skriftliga rapporter har skickats till gruppen för att hålla den á jour med utvecklingen av *Livsstilsverkstan*.

Steg III – Intervention 2010–2011

Pilotstudien pågick under våren och hösten 2010. Resultat och erfarenheter överfördes kontinuerligt till Huvudprojektet. Se appendix II. Den slutliga modellen för *Nordiska Livsstilsverkstan* utarbetades 2012.

Kontakt etablerades med stadsdelsnämnd i Göteborg, förskola rekryterades, kontakt med rektor och övrig personal etablerades (KCR). Forskningsassistent, senare forskarstuderande (HG) anställdes för perioden 1 januari 2010–31 december 2012.

Interaktion mellan forskare och kommande deltagare i den första *Livsstilsverkstan*, Workshop I. Individuella telefonintervjuer, januari 2010 (UH).

Interaktion mellan föräldrar, förskola, och forskare i Workshop I vid fem tillfällen, våren 2010 (KCR, HG).

Evaluering: Individuella telefonintervjuer med alla som deltagit i Workshop I (UH) och en fokusgrupp (KCR, HG).

Utifrån synpunkter som framkom vid utvärderingen lades Workshop II upp (KCR, HG). Nya kontakter med ansvariga för förskola och barnhälsovården (BVC) togs (KCR). Föräldrar och professionella från båda sektorer rekryterades (KCR, HG).

Interaktion mellan forskare, förskolepedagoger, BVC sköterskor och föräldrar inför Workshop II. Individuella telefonintervjuer. (HG).

Interaktion mellan föräldrar, förskola, BVC, och forskare under hösten 2010 i Workshop II (HG).

Evaluering: Nya individuella intervjuer per telefon med de som deltagit i Workshop II (HG). Fokusgruppdiskussion i Danmark (KCR, HG).

Huvudprojektet

En svensk referensgrupp av föräldrar och professionella från Göteborg bildades. De sammanträdde vid fyra tillfällen. Ansökan till etiska forskningskommittéer (förnyad, utvidgad i Sverige), Finland och Island. I Norge och Danmark krävdes inte detta. (HG). Samtycken beviljades mars–augusti 2011.

Interaktion med nordiska föräldrar och professionella under våren och hösten 2011 för nordiskt perspektiv på tema. Individuella telefonintervjuer (HG). (Se appendix III).

Anställning av postdok (GS) för perioden 1 september 2010–31 december 2011 för litteratursökningar rörande barn, medier och hälsa och rapportskrivning för "input" av vetenskapligt material till *Livsstilsverkstan*. Kontrakt med tre personer (JL, FW, HS) för att utveckla Tema I–III i *Livsstilsverkstan* hösten – våren 2011. Kontrakt med två medieforskare (HS, VM), Lunds Universitet, Sverige, att under 2012 genomföra litteraturstudie och rapportskrivning rörande barn, medier och hälsa för "input" av vetenskapligt material *Livsstilsverkstan*.

Interaktion med övriga nordiska forskare i NordChild projektet 2010–2012 (KCR). Forskare (LB) knuten till projektet för att under 2011–2012 arbeta med data från NordChild studien (KCR).

Upphandling av webbtjänster juni 2011. Kontrakt med företag 23 augusti 2011 (KCR, HG). Webbanpassning av *Livsstilsverkstan* påbörjad hösten 2011 (KCR, HG).

Interaktion. Intervjuer med föräldrar och professionella i Vietnam (november 2011) och Sydafrika (oktober 2012) (KCR).

Steg IV Evaluering 2012

Prototyp av *Nordiska Livsstilsverkstan* arbetades fram utifrån interventionerna och interaktionen beskrivna under steg III, vetenskapliga data framtagna av medieforskarna och från NordChild studien samt reflexioner som gjorts under steg III och IV (KCR).

Evaluering: I juni 2012 diskuterades prototypen vid ett telefonmöte med den nordiska referensgruppen (KCR). Tidigare under året hade modellen diskuterats med den svenska referensgruppen (KCR).

Avstämning mot lagar, förordningar, dokument, läroplaner rörande hälsofrämjande arbete i samtliga nordiska länder (KCR).

Evaluering i Norden: När prototypen var färdig evaluerades den (juni-september 2012) genom att projektledaren (KCR) kontaktade samtliga som deltagit i workshop I och II eller varit intervjuade och bjöd in dem till en fokusgrupp diskussion (FGD) i respektive land. Projektledaren (KCR) besökte varje nordiskt land. Varje FGD varade ca 2 timmar. Totalt deltog 15 föräldrar och 26 professionella i detta arbete. De fick prototypen via e-post en vecka innan FGD. Efter FGD skickades protokoll för eventuell korrigering. Justeringarna av *Livsstilsverkstan* var främst av praktisk karaktär.

Ställningstaganden och reflexioner under och efter evalueringen

Frågor som diskuterades vid den slutliga evalueringen var:

- Hur är intresset för *Livsstilsverkstan* som helhet i de nordiska länderna?
- Är de teman, som utarbetats i *Livsstilsverkstan*, även giltiga för brukare i de övriga nordiska länderna? Har andra teman kommit upp vid intervjuerna med de nordiska föräldrarna och de professionella?
- Hur uppfattas den pedagogiska ansatsen, PBL?
- Tidigt i projektet framkom det tydligt att familjer med barn i förskoleåldern brottas med tidspress. Många föräldrar, speciellt i Sverige, visade intresse för projektet, men valde att inte delta med hänvisning till tidsbrist. Detta väckte didaktiska spörsmål: Skall workshopen ligga på annan tid än på kvällen? Hur många gånger skall man träffas?
- Finns förutsättningar för intersektoriellt arbete? Skall det vara samma förskollärare som har sina egna föräldrar? Skall man samla en grupp centralt ifrån kommunen?

Resultatet av evalueringen blev att vissa praktiska detaljer ändrades rörande tydlighet, bättre instruktioner, hur webbtäcket skulle vara uppbyggt.

Intresset för *Livsstilsverkstan* var stort framför allt i Finland och Norge, som önskar använda den när den finns tillgänglig.

Teman är giltiga i samtliga nordiska länder, även om man betonade värdet av specifika teman mer i vissa länder, men som helhet passade de föreslagna temana samtliga. Enighet rådde om att Tema I skall diskuteras först, eftersom man annars har svårt för att förstå den hälsofrämjande ansatsen. Man lyfte fram att det var bra att man utifrån det utarbetade arbetssättet i *Livsstilsverkstan* har möjlighet att forma egna teman tillsammans med deltagarna. Det konstaterades att *Livsstilsverkstan* inte kan täcka in alla tänkbara teman och att intresset för olika teman troligen varierar beroende på gruppens sammansättning.

De som deltog i fokusgruppdiskussionerna betonade att särskilt den pedagogiska ansatsen, PBL, var tilltalande. Man påpekade också att det var positivt att *Nordiska Livsstilsverkstan* har utarbetats i samverkan med den tilltänkta målgruppen och därmed har ett uttalat underifrån perspektiv.

Eftersom både föräldrar och professionella påpekat bristen på tid resulterade evalueringen i att det i instruktionerna till *Livsstilsverkstan* står skrivet att det finns en flexibilitet, så att det inte krävs att man går igenom alla teman. Vidare föreslogs vid evalueringen att gruppträffar skulle kunna förläggas vid olika tidpunkt på dagen, varför även detta föreslås i instruktionerna. Emellertid ansåg de flesta att träffar på kvällstid är att föredra. Idén med självstyrande föräldragrupp togs emot väl av flera. Det föreslogs att materialet skulle kunna skickas ut av ledaren på förskolan till föräldraföreningen, som på egen hand sätter igång en *Livsstilsverkstad*.

När det gäller att involvera personal, uttryckte framför allt förskolepedagogerna att de var tveksamma till att ha gruppdiskussioner tillsammans med föräldrar till de barn man har omsorg för, då de menade att de kommer föräldrarna för nära. De uttryckte också tydligt att det kändes tungt med ytterligare en kvällsaktivitet, när man redan har hård arbetsbelastning. Det är dessutom svårt att få ut kompensation för den tid man lägger ned både vad avser pengar och tid. Andra tyckte att det intersektoriella arbetet lät spännande och stimulerande. Detta resulterade i att det inte betonas i *Livsstilsverkstan* att man skall leda grupper med "egna föräldrar" utan att man också kan involvera föräldrar från andra avdelningar.

Man uttryckte önskemål att få ut presentationerna i PowerPoint format och inte bara som webbaserat material, vilket har lagts in i modellen.

Huvudsaklig kritik mot *Nordiska Livsstilsverkstan* var att man var tveksam till om de som bäst behöver ta del av den anmäler sitt intresse. Det

upplevdes positivt att egna teman kan läggas upp av handledarna och övriga deltagare. Det är möjligt att något tema kan väcka intresse hos de som inte annars hade varit intresserade.

Representanter från två länder framförde önskemål om att arbeta med *Livsstilsverkstan* när den är tillgänglig.

Efter evalueringen webbanpassades *Nordiska Livsstilsverkstan* slutligt.

Översättningsbyrå handlades upp 29 november 2012 och kontrakterades för att översätta dokumentet till samtliga nordiska språk (KCR).

Nordiska Livsstilsverkstan finns nu dels tillgänglig på webben www.norden.org dels i pappersform i Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord (2013:504).

Dokumentet på de olika språken finns endast tillgängligt för utskrift i pappersform.

Att skriva om sina data och kommunicera med andra om dem kan också ses som en evaluering. Rapporter och vetenskapliga artiklar har skrivits liksom denna slutrapport (se kapitel 4.4 i denna rapport).

Övrigt

Deltagare: Totalt har 36 föräldrar, 23 förskolepersonal och nio barnsjuk-sköterskor telefonintervjuats individuellt i Norden.

- I workshop I och II deltog totalt 13 föräldrar och 10 professionella.
- Vid den slutliga utvärderingen (inklusive workshop i Danmark i pilotstudien) har 18 föräldrar och 32 professionella deltagit.
- I Vietnam deltog 10 föräldrar och 20 professionella i tre fokusgruppdiskussioner.
- I Sydafrika deltog 29 föräldrar och 35 professionella i nio fokusgruppdiskussioner.
- Intervjuerna har spelats in på band och skrivits ut ordagrant för analys. De förvaras på betryggande ställe.
- Anteckningar har förts av forskarna under hela processen.
- Årliga, skriftliga redovisningar har skickats till NMR.

4. Sammanfattande resultat

K.C. Ringsberg

Nordiska Livsstilsverkstan består av ett antal gruppträffar, där föräldrar till förskolebarn, förskolepedagoger och BVC sjuksköterskor träffas för att diskutera hur man bäst kan främja barnens hälsa. Det är en fördel om även en forskare kan medverka.

Det material som arbetats fram är utformat som en *handledarguide* med förslag på tre färdigutvecklade Teman I–III, med föreläsningmaterial, förslag på diskussionsfrågor och PowerPoint bilder att ladda ned. Varje tema är uppdelat i ett antal diskussionsområden. Därutöver finns förslag på hur handledare och deltagare själva kan utveckla tema, Tema IV–VI. Tanken med att just Tema I–III valdes som färdigutvecklade teman var att dessa har olika ansats, en mer teoretisk, en mer praktiskt och en kombination av de två tidigare för att de på så sätt kan tjäna som modell för hur man kan lägga upp ett eget tema. För att få bästa möjliga kvalitet på innehållet i Tema I–III har tre forskare inbjudits att medverka vid utvecklingen av dessa.

I Tema I–III har aktuell statistik och fakta lagts in från NordChild studien (www.nhv.se) och från två rapporter rörande medier och barns hälsa, som skrivits inom ramen för detta projekt:

- Möllerström, V., Sandberg, H., & Ringsberg, K.C. (Red.). (2013). *Medier och barns hälsa. Från peppning och glamour till trygg vägledning. En diskursanalys av två föräldramagasin* (TemaNord 2013:501). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Sandstig, G., Johansson, B., & Ringsberg, K.C. (Red.). (2013). *Mediers påverkan på förskolebarns hälsa och föräldrarnas roll vid denna påverkan. En litteraturstudie* (TemaNord 2013:502). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.

Handledarguiden (TemaNord 2013:504) kan beställas som rapport från NMR (www.norden.org). Den finns också tillgänglig på Internet genom www.norden.org.

4.1 Teman i *Nordiska Livsstilsverkstan*

Tema I – Hälsofrämjande livsstil

Syftet med tema I – Hälsofrämjande Livsstil – är att deltagarna skall öka sin kunskap om och förstå sambandet mellan hälsa och livsstil samt att relatera det till sin egen, barnets och familjens livsstil.

Temat är tänkt att stimulera var och en till att reflektera och diskutera kring sitt eget förhållningssätt; Hur tänker jag om hälsa och livsstil? Varför behöver jag tänka på detta överhuvudtaget? Hur relaterar jag det till barnens hälsa och livsstil? Vilka sjukdomar räknas som livsstilsrelaterade? Hur är hälsoläget rörande livsstilssjukdomar generellt i befolkningen och hos barn?

Temat är uppdelat i fem diskussionsområden, som förslagsvis fördelas på två träffar.

- *Diskussionsområde 1: Hälsans bestämningsfaktorer*
Faktorer som styr vår hälsa och livsstil diskuteras.
- *Diskussionsområde 2: Att arbeta hälsofrämjande*
Skillnaden mellan hälsofrämjande och förebyggande arbete diskuteras.
- *Diskussionsområde 3: Hur är hälsoläget?*
Till att börja med belyses och diskuteras hur hälsoläget just nu ser ut bland vuxna personer i Norden och vilka de vanligaste livsstilssjukdomarna är. Diskussionen fördjupas därefter kring hur hälsoläget ser ut för nordiska barn.
- *Diskussionsområde 4: Hälsa – mer än bara frånvaro av sjukdom*
Här diskuteras vad som menas med holistisk och hälsofrämjande, salutogen hälsosyn.
- *Diskussionsområde 5: Nya tema att arbeta med i Livsstilsverkstan*
Gruppen lägger upp strategi för sitt fortsatta gemensamma arbete.

Tema II – Vän med tiden

Syftet med Tema II – Vän med tiden – är att deltagarna skall ges tillfälle att öka sin kunskap om sambandet mellan hälsa och livsstil och hur vi förhåller oss till tiden, samt att hitta tidsstrategier som kommer hela familjen till godo.

Som småbarnsförälder kan det vara lätt att känna att dygnets alla timmar inte alltid räcker till för alla måsten i vardagen: lämna, arbeta, hämta, handla, städa, träna, umgås.

Men behöver det kännas så? Temat är tänkt att stimulera var och en till att reflektera och diskutera kring sitt eget förhållningssätt till tid och hur det påverkar en själv, barnen och övriga familjen. Känner jag tidspress? I så fall, hur ofta och i vilka situationer? Hur känner andra föräldrar till små barn det? Hur hanterar de sin situation? Finns det strategier som innebär att man samarbetar med andra? Hur påverkar tidspressen min egen och barnens hälsa och livsstil? Varför behöver jag tänka på detta överhuvudtaget? Upplever mammor och pappor tidspress olika?

Temat är uppdelat i fyra diskussionsområden som förslagsvis fördelas på två träffar. Temat har många praktiska övningar och diskussionerna utgår från deltagarnas egna erfarenheter och reflexioner.

- *Diskussionsområde 1: Tidspress*
Deltagarna beskriver själva och reflekterar över sin upplevelse av tidspress.
- *Diskussionsområde 2: Tidsprofil*
Begreppet "tidsmässig välfärd" diskuteras; i vilken utsträckning vi upplever att tiden räcker till och hur nöjda vi är med och hur vi fördelar och använder vår tid till vardagens olika aktiviteter. En TidsProfil fylls i som ger en bild av nuläget avseende vår tidsmässiga välfärd.
- *Diskussionsområde 3: Förväntningar och normer*
Diskussion om de förväntningar och normer som vi påverkas av och hur de i sin tur påverkar vår tidsmässiga välfärd.
- *Diskussionsområde 4: Strategier för ökad tidsmässig välfärd*
Här arbetar deltagarna med att hitta strategier och konkreta förbättringar för att öka sin egen och familjens tidsmässiga välfärd.

Tema III – Medier och hälsa

Syftet med Tema III – Medier och hälsa – är att deltagarna genom att reflektera och diskutera skall förstå hur man påverkas av olika medier samt att de skall utveckla sin kritiska värderingsförmåga, i både positiv och negativ bemärkelse, till vad som framställs av och rapporteras i medier.

TV, dagstidningar, Internet och andra medier har en allt större roll i våra och våra barns liv. Vi påverkas medvetet och omedvetet, positivt och negativt, av mediernas budskap. Hälsa och livsstil är föremål för mycket uppmärksamhet i olika medier. Det är därför viktigt att vara medveten om vilka medievanor man som förälder har och vilka vanor barnet har. Vad framställs som hälsofrämjande? Hur tolkar jag och barnet det som skrivs och sägs?

Tema III är uppdelat i fyra diskussionsområden, som förslagsvis delas upp på två träffar.

Det innehåller också praktiska övningar och diskussionerna utgår från deltagarnas egna erfarenheter och reflexioner. Statistik visas från studien rörande nordiska barns hälsa och välfärd, NordChild 2011.

- *Diskussionsområde 1: Hälsokompetens*

I detta diskussionsområde belyses och diskuteras varför hälsa är medialt gångbart samt trender rörande rapportering.

- *Diskussionsområde 2: Karta och Kompass*

Medier styr en stor del av vår vardag. Här diskuteras hur medier bestämmer agendan i samhället på olika nivåer.

- *Diskussionsområde 3: Hur ser vår medievardag ut?*

Med introduktionen av digitala medier och Internet förändras människors medievanor. Inte minst har barns medieanvändning förändrats de sista åren. Temat diskuteras utifrån deltagarnas egna erfarenheter.

- *Diskussionsområde 4: Varför är barn så intressanta för marknadsförare?*

- Hur reklam kan påverka barn och olika mediers förhållningssätt till reklam, samt hur deltagarna förhåller sig själva diskuteras.

Tema IV – Kost och motion

Syftet med Tema IV är att deltagarna skall förstå samband mellan hälsa, kost och motion och försöka omsätta kunskaperna i praktiken.

Våra kroppar är gjorda för att vara fysiskt aktiva och vi behöver näringsämnen och energi för att orka vara aktiva. Vårt allt mer stillasittande vardagsliv och tillgång till stora mängder mat, nyttig och onyttig, ställer ökade krav på ett medvetet agerande för att uppnå en hälsosam balans mellan intag av föda och motion. Därför är det viktigt att redan i unga år lära sig att hälsosam kost och fysisk aktivitet i balans är en självklar del av vardagslivet.

Detta tema är inte utarbetat i sin helhet. Nedan ges förslag på hur det kan utvecklas.

Förslag på diskussionsområden rörande kost

- Vad är nyttig mat? Vad säger forskarna?
- Kan små barn äta samma mat som vuxna?
- Behöver jag laga mat när barnen har ätit på förskolan?

Dietist kan bjudas in till en gruppträff för att diskutera ovanstående. Ni kan också med hjälp av henne samla sunda kostråd, få tips på snabblagad men ändå näringsrik mat.

Förslag på praktisk aktivitet

Samlas en eftermiddag eller kväll och laga mat tillsammans med barnen, låt barnen delta utifrån sin förmåga och samtala med dem om den lagade måltiden.

Förslag på diskussionsområden rörande motion

- Vad händer i kroppen när man motionerar?
- Vad skall jag tänka på när det gäller fysisk aktivitet och små barn?
- Vilka samband finns det mellan kost och motion?
- Är det någon skillnad mellan flickor och pojkar?

Fysiolog eller idrottslärare/pedagog kan bjudas in för att diskutera temat.

Delge varandra och gör en förteckning på olika kreativa förslag rörande motionstips och lekar som passar barnfamiljer i vardagen.

Förslag på praktisk aktivitet

Gruppen väljer en fysisk aktivitet och gör den tillsammans med barnen. Tala med barnen om vad ni gör och varför det är viktigt för hälsan.

Finlands Hjärtförbund rf. har utvecklat ett instrument att analysera och följa familjens motions- och matvanor "Den smarta familjen " (Finlands Hjärtförbund rf. Åldermansvägen 8, PB 50, Helsingfors, Finland. Tel + 358 (0)9 752 75 21).

Tema V – Värdegrunder och självkänsla

Syftet med Tema V är att skapa förståelse för att värderingar och normer förs över till barn från de vuxna, som träffar barnet dagligen. Ett annat syfte är att medvetandegöra vilka värderingar man själv har.

Föräldrar har ett stort ansvar när det gäller att uppfostra barn till kärleksfulla individer, trygga i sig själva med kapacitet att ta gynnsamma beslut i olika val som de står inför som barn, ungdom och vuxen. Dagens samhälle med alla dess möjligheter ställer stora krav på oss att aktivt välja hur vi vill leva våra liv. Det gäller att vara trygg i sig själv, vara medveten om vilka värderingar man har och vad som är viktigt för en själv. Värderingar och normer förs över från föräldrar till barn, därför är det viktigt att föräldrarna är medvetna om de egna värderingarna. Eftersom barnen tillbringar så stor del av sin tid i förskolan blir det också viktigt att föräldrar och förskolepersonal är medvetna om varandras värderingar och normer. Ett sätt att tydliggöra detta på är att diskutera de värdegrunder förskolan arbetar efter.

Detta tema är inte utarbetat i sin helhet. Nedan ges förslag på hur det kan utvecklas.

Förslag på diskussionsområden

- Hur utvecklas barns psykologiska mognad i relation till ålder?
- Vad kan jag kräva rent mentalt av små barn?
- Hur förs normer, värderingar och förhållningssätt över till barn?
- Hur kan vi bidra till att barn utvecklas till trygga individer med god självkänsla?

Barnpsykolog kan bjudas in som berättar och diskuterar om barns normala psykologiska utveckling och vad man kan kräva av små barn relaterat till ålder. Är det skillnad mellan flickor och pojkar?

Hur skapar man goda relationer till andra människor?

Diskutera olika värdegrunder utifrån förskolans läroplan.

Förslag på praktisk aktivitet

Konstruera själv eller be föräldrarna att tänka ut praktiskt förankrade situationer att diskutera utifrån.

Skriv upp på ett papper vilka värdegrunder den aktuella förskolan arbetar efter och låt föräldrarna ta del av dessa genom att sätta upp lappen i kapprummet någon vecka innan temat skall diskuteras. Diskutera under en träff vad ni skrivit ned och kom överens med deltagarna om något mer skall läggas till. Skriv till de nya, gemensamma formuleringarna och låt dessa sitta väl synliga i kapprummet.

Dramapedagog kan bjudas in för att hjälpa till med olika typer av rollspel.

Tema VI – Kultur

Syfte med Tema VI är att uppmärksamma att kultur också kan ses som en hälsofrämjande faktor.

Kultur kan ses som en hälsofrämjande aktivitet. Begreppet kultur kan ha många olika betydelser, men ofta syftar man på två betydelser; kultur som "konstnärlig, andlig odling" eller kultur som "socialt överförda levnadsmönster" (Wikipedia). I vardagligt tal är den första betydelsen den vanligare och det är också i den bemärkelsen *Livsstilsverkstan* använder sig av begreppet. *Livsstilsverkstan* ser på hälsa och livsstil ur ett helhets-, holistiskt perspektiv, vilket innebär att hälsa inte bara är frånvaro av sjukdom utan att även andra dimensioner kan bidra till en god hälsa, t.ex. musik, teater, litteratur från alla delar av världen.

Detta tema är inte utarbetat i sin helhet. Nedan ges förslag på hur det kan utvecklas.

Förslag på diskussionsområden

- Vad är god barnkultur?
- Vad finns det för utbud av kulturella aktiviteter i samhället för små barn?
- Behöver kulturella aktiviteter kosta?

- Skillnad mellan pojkar och flickor?
- Finns det skillnad på olika länders syn och förhållningssätt till kultur?

Kulturarbetare som arbetar med barn kan bjudas in till diskussionen och nedanstående aktivitet.

Förslag på praktisk aktivitet

Gruppen väljer ut en kulturell aktivitet som deltagarna gör tillsammans med barnen. Tänk på att möte med andra länders kulturer (musik, mat, litteratur t.ex.) blir kulturell aktivitet i dubbel bemärkelse. Diskutera med barnen efteråt.

Förlag på praktisk aktivitet

Gruppen väljer ut en kulturell aktivitet som deltagarna gör tillsammans med barnen. Tänk på att möte med andra länders kulturer (musik, mat, litteratur t.ex.) blir kulturell aktivitet i dubbel bemärkelse. Diskutera med barnen efteråt.

4.2 Handledare och pedagogik

Handledare kan t.ex. vara förskolepedagog, BVC sköterska, hälsoplanerare och förälder. Det rekommenderas att det är två handledare som kommer från olika sektorer, eftersom modellen bygger på en intersektoriell samverkan.

Det pedagogiska förhållningssättet som rekommenderas är problem-baserat lärande (PBL).

4.3 Webbaserings

Webbaseringsen innebär att *Nordiska Livsstilsverkstan* finns tillgänglig på Internet på www.norden.org. Den finns även i pappersform i Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord (2013:504).

Dokumentet på de olika språken finns endast tillgängliga för utskrift i pappersform via den webbaserade versionen. Även bilder i Powerpoint och annat material finns att hämta här.

4.4 Vetenskapliga rapporter och artiklar framtagna i projektet

Fyra rapporter har publicerats i Nordiska ministerrådets rapportserie TemaNord. Rapporterna kan beställas i pappersform från www.norden.org och/eller laddas ned genom webben. Tre artiklar är inskickade till vetenskapliga tidskrifter för publicering. Ytterligare två artiklar kommer att skickas in under våren 2013. Fler artiklar kommer att skrivas baserade på det materialet som samlats in i Vietnam och Sydafrikastudierna, samt på data från NordChild studien. När artiklarna publicerats kommer länk att läggas ut till dessa på www.nhv.se. De kan också sökas fram samt via databaser som t.ex. PubMed. Sökning kan göras på författarnas namn.

Följande rapporter har skrivits och publicerats inom ramen för projektet:

- Ringsberg K.C. (2013). *Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsande och forskare. Slutrapport* (TemaNord 2013:503). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet. Rapporten är tillgänglig på www.norden.org.
- Ringsberg K.C. (2013). *Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för Intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsandet och forskare.Handledarguide* (TemaNord 2013:504). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Möllerström, V., Sandberg, H., & Ringsberg, K.C. (Red.). (2013). *Medier och barns hälsa. Från peppning och glamour till trygg vägledning. En diskursanalys av två föräldramagasin* (TemaNord 2013:501). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Sandstig, G., Johansson, B., & Ringsberg, K.C. (Red.). (2013). *Mediers påverkan på förskolebarns hälsa och föräldrarnas roll vid denna påverkan. En litteraturstudie* (TemaNord 2013:502). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.

Följande artiklar har skickats in till vetenskapliga tidskrifter 2012:

- Gunnarsdottir H., Povlsen L. & Ringsberg K.C. Factors influencing healthy lifestyle in everyday life of pre-school children in the Nordic countries – parents' perspective.

- Berntsson L.T. & Ringsberg K.C. Health and associations with leisure activities in Swedish children aged 2–17 years.
- Berntsson L.T. & Ringsberg K.C. Parent's activities and children's health. A study of children aged 2–17 years.

Följande artiklar skall skickas in under våren 2013:

- Berntsson L.T., Gustafsson J-E., Köhler L. & Ringsberg K.C. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years.
- Berntsson L.T., Köhler L. & Ringsberg K.C. Health, economy and social capital in Nordic children and their families: a comparison between 1984, 1996 and 2011.

4.5 Övrig kommunikation av resultat

Projektet har presenterats på konferenser vid NMR, European Public Health Association (EUPHA) 2011, 2012, European Health Promotion Conference (IUHPE), 2012 samt The 7th Nordic Health Promotion Research Conference, 2013.

Utskick har skett av projektledaren till olika relevanta utbildningar och kommuner med information om att *Nordiska Livsstilsverkstan* är färdigutvecklad och var den finns tillgänglig. Den nordiska referensgruppen har ombetts att sprida samma information genom sina kanaler. Kommunikation sker också från NMRs sida om de resultaten som utvecklats av de olika delprojekten Globaliseringsinitiativet.

5. Globalisering

K.C. Ringsberg

Hälsofrämjande (health promotion) kritiseras ibland för att ta sin utgångspunkt i ett västerländskt sätt att leva.

I syfte att studera hur man ser på hälsa och hälsofrämjande livsstil i låg- och medelinkomstländer har fokusgruppdiskussioner (FGD) genomförts i Vietnam i ett medelklasskontext och i Sydafrika i tre olika kontext; medelklass, "township" och på en vinfarm. I Vietnam deltog 10 föräldrar, 20 professionella i tre FGDs och i Sydafrika deltog 29 föräldrar och 35 professionella i nio FGDs. Intervjuerna i Vietnam hölls på vietnamesiska, översattes och transkriberades ordagrant till engelska. Moderator var forskare från Hanoi Medical University. Intervjuerna i Sydafrika hölls på engelska, afrikans (2 st.) och xhosa (2 st.). De har översatts och transkriberats ordagrant till engelska. Moderatorer från Stellenbosch University genomförde intervjuerna. Intervjuerna hade samma tematiska innehåll som de nordiska intervjuerna; de intervjuades uppfattningar av hälsa och livsstil, vilka utmaningar de möter i vardagen och vilka strategier de använder, samt vad de anser vara relevant att diskutera i en utbildningsinsats som den *Nordiska Livsstilsverkstan* och hur den praktiskt skall utformas. Etiska medgivanden för att genomföra intervjuerna har getts i båda länder.

5.1 Preliminära resultat

Föräldrarna

De föräldrar som intervjuades i Vietnam och de som kom från medelklasskontexten i Sydafrika diskuterade ungefär samma tema, som kom fram vid intervjuerna med de nordiska föräldrarna. De uttryckte dock tydligare att de hade en holistisk hälsosyn. Föräldrarna i båda grupper

delade känslan av att vara tidspressade. I Vietnam talade föräldrarna om hur det är att leva i ett land i förändring på väg mot ett mer västerländskt sätt att leva. Alla uttryckte att det är de som föräldrar, som primärt har ansvar för att främja barnens livsstil. De uppgav att de skaffar sig information främst från Internet, frågar sina föräldrar och äldre släktingar. Förskolpersonalen upplevdes också som ett stöd. De var mycket positiva till att delta i diskussioner som beskrivits i den *Nordiska Livsstilsverkstan* om sådana skulle ordnas.

De föräldrar, som intervjuades på vinfarmen lever under speciella förhållanden. De bor och arbetar på vingården och barnen hämtas varje dag till förskolan. Alla föräldrar hade arbete och en fast inkomst och vinfarmen har ett visst ansvar för dem. De diskuterade överhuvudtaget inte stress eller dåliga sociala förhållanden.

De föräldrar som intervjuades och som bor i "township" uttalade tydligt att för att kunna tänka hälsofrämjande måste man först ha mat för dagen och tillräckligt med pengar. De talade mycket om sin utsatta situation. Med något undantag var de alla arbetslösa.

Förskolepedagogerna

I samtliga FGDs framkom att förskolepedagogerna ansåg att de har en viktig roll att fylla vid främjandet av barnens hälsa genom att stötta föräldrarna och att vara goda rollmodeller för barnen. I Vietnam och i förskolan från medelkontexten i Sydafrika påtalade pedagogerna att många föräldrar förefaller vara tidspressade för att hinna med heltidsarbete och uppfylla de krav som ställs på dem som föräldrar. En förskolepedagog föreslog att man borde utbilda barnen i hälsofrämjande livsstil så att de kan lära föräldrarna ett mer hälsofrämjande sätt att leva. Något likande förslag har inte gjorts i någon annan grupp vare sig i Norden eller Vietnam. Pedagogerna från "township" kontexten diskuterade att det är svårt att arbeta hälsofrämjande, när föräldrarna lever under svåra ekonomiska och sociala förhållanden. Speciellt pedagogerna i Vietnam var mycket entusiastiska inför tanken på att delta i en *Livsstilsverkstad*.

Hälsopersonalen

I Vietnam diskuterade hälsopersonalen till att börja med i preventiva termer. Diskussionen handlade om nutrition, barns psykomotoriska problem och att allt fler lider av hyperaktivitet. Men de uttryckte också en holistisk

syn på hälsa, där de framhöll vikten av god mental hälsa, goda sociala relationer och god livskvalitet. De påpekade att många föräldrar i dagens Vietnam har en västerländsk livsstil, vilket inte alltid är bra med tanke på mat och stress. De uttryckte att det var intressant med ett koncept likande den *Nordiska Livsstilsverkstan* och som de gärna skulle vilja delta i.

Hälsopersonalen, från medelklasskontexten i Sydafrika hade liknande diskussioner som de i Vietnam. De lyfte dock mer att det är kostsamt ekonomiskt i Sydafrika både att hålla sig frisk och när man blir sjuk. Vidare ansåg de att samhället borde ta mer ansvar när det gäller föräldraledighet (max 4 månader) och att underlätta för mödrarna att gå tillbaka till sitt arbete, t.ex. med tanke på amning. Det största problemet med de ungas livsstil, menade de, är att de tillägnat sig en livsstil "easy and quick way", vilket genererar många onda cirklar; föräldrarna arbetar mycket, de hinner eller orkar inte laga hälsosam mat, de köper snabbmat, barnen lärs ett felaktigt beteende, de får viktproblem. Barnen lämnas ofta ensamma på lediga skoldagar och de som har god ekonomi kompenserar sina skuld-känslor genom att köpa saker till barnen. Hälsopersonalen i "township" kontexten hade liknande diskussioner som föräldrarna som kom från samma område.

Slutkommentar

Det framkom att föräldrar från medelklasskontext och professionella som arbetar i medelklasskontext i Asien och Sydafrika diskuterade ungefär samma tema som motsvarande grupper i Norden. De som lever och arbetar i mycket utsatta områden hade ett annat sätt att förhålla sig till livsstil och hälsa. Ovanstående intervjuer kommer att analyseras djupare tillsammans med forskare från Stellenbosch universitet och publiceras som vetenskapliga artiklar.

Eftersom informanterna är utvalda strategiskt och det rör sig om kvalitativa intervjuer med relativt få deltagare, kan inte resultaten generaliseras i statistisk bemärkelse. Men resultaten kan bidra till en ökad förståelse av hur man ser på livsstil och hälsa i olika kontext.

6. Slutdiskussion

K.C. Ringsberg

Det ligger i tiden att arbeta hälsofrämjande och projektet med att utveckla *Nordiska Livsstilsverkstan* har väckt mycket intresse både i och utanför Norden.

I denna slutrapport beskrivs hur en modell har arbetats fram för hur hälsofrämjande samtal mellan föräldrar till barn i förskoleåldern och professionella från olika sektorer kan genomföras. Den sammanlagda slutprodukten av detta arbete blev "*Nordiska Livsstilsverkstan – En modell för intersektoriell samverkan mellan föräldrar, förskola, hälsoväsende och forskare*".

Ambitionen har varit att utveckla modellen enligt de sju principerna för hälsofrämjande arbete som Rootman *et al.* (2001) har utarbetat och som bygger på Ottawa Charter (1986). (Se kapitel 1 i denna rapport).

Nordiska Livsstilsverkstan bygger på en *holistisk hälsosyn*. Hälsa skall ses som en helhet och en utveckling av fysisk såväl som mental, social och andlig hälsa skall eftersträvas. Detta speglas tydligt i de teman, som arbetats fram. Den *salutogena ansatsen* (Antonovsky, 1991; Lindström & Eriksson, 2006) att se hälsa som en resurs och förstärka det friska genomsyrar hela *Livsstilsverkstan*.

Genom att vid utformningen av *Livsstilsverkstan* ha ett uttalat underifrån perspektiv och *involvera* representanter för de tilltänka målgrupperna i alla steg; planering, intervenering och evaluering, finns goda förutsättning för och en förhoppning om att tema och arbetssättet skall kännas "bekvämt" av de, som i framtiden skall använda den.

Den forskningsansats, som valdes för att driva hela projektet, har varit aktionsinriktad (Reason, 1994; Reason & Heron, 1986). För att vara förankrad i den nordiska kontexten valdes att använda den inriktning, som vidareutvecklats och tidigare använts i ett norskt kontext (Granerud, 2008; Hummelvoll, 2003, 2008; Hummelvoll & Severinsson, 2005; Troll-

vik, Eriksson, Ringsberg, & Hummelvoll, under tryckning). Det är vanligt att man i hälsofrämjande projekt just använder ett aktionsinriktat förhållningssätt. Fördelen med ett sådant arbetssätt är, att man arbetar tillsammans med dem det gäller och på så sätt blir processer och resultat väl förankrade hos målgruppen. Nackdelen är att det är tidskrävande för forskaren. Det krävs att forskaren inte tappar fokus och att han/hon litar på att det blir bra. En nackdel är också att omgivningen kan tappa intresset, varför forskaren ofta får ta på sig, i större utsträckning än vad som är vanligt i andra projekt, att driva projektet framåt. Man måste också som person vara flexibel och lyhörd och inte vara låst i uppfattningar om "hur forskning skall gå till" och inte ha färdiga idéer om förväntat resultat. Resultaten skall växa fram tillsammans med de som deltar i projektet och det tar många gånger tid.

Syftet med *Nordiska Livsstilsverkstan* är, att den skall möjliggöra för föräldrar till förskolebarn och professionella, som arbetar med barnen, att få mer makt över de personliga, socioekonomiska och miljörelaterade faktorer, som påverkar hälsan. På senare år har ansvaret för den egna hälsan alltmer har lagts över på den enskilde. Därför är det extra viktigt att föräldrar redan tidigt hjälper sina barn till att göra hälsofrämjande livsstilsval. För detta krävs att de har god hälsokunskap. Det handlar om kunskap, som innebär att förstå hälsobudskap, ta till sig dem och ha förmåga att omsätta dem i praktiken i kända såväl som i nya situationer (Zarcadoolas, Pleasant, & Greer, 2003). Detta stämmer väl överens med tanken bakom *empowerment*, beskriven i Ottawa Charter.

Den pedagogiska ansats som valts i *Livsstilsverkstan* är problembaserat lärande (PBL). (Silén, 2001; Knowles, 1975; Dewey, 1916; Marton, 2000) Den stämmer väl överens med det synsätt man har på människan vid hälsofrämjande arbete och med den aktionsinriktade forskningsansats som valts d.v.s. ett uttalat underifrån perspektiv.

Nordiska Livsstilsverkstan är tänkt att kunna ges till alla grupper oavsett social klass, kön eller etnicitet. Teman som är föreslagna, både de som är "färdigutvecklade" och som inte är det, har vid intervjuer med föräldrar och professionella visat sig vara allmängiltiga. Det finns en flexibilitet i modellen, som innebär att om deltagarna saknar ett tema, kan de utifrån Tema I-III och det arbetssätt som beskrivs i handledarguiden, själva utforma ett nytt tema. För att leva upp till tanken om *jämlikhet och rättvisa*

har två förskolor en från ett välbeställt område och en från ett mindre välbeställt område medverkat vid utvecklandet av *Livsstilsverkstan*. Det kan också betraktas som jämlikt att målgruppen för *Livsstilsverkstan* är förskolebarn och deras föräldrar, d.v.s. en grupp som man inte involvera i forskning lika ofta som andra grupper. Det är viktigt att nå alla grupper och inte minst de som är mest utsatta. Om arbetet bedrivs på bred front i förskolan är det en förhoppning att det hälsofrämjande arbetssättet och tänkandet även kommer de mest utsatta barnen och deras föräldrar indirekt till godo. De mest utsatta kanske behöver mer vägledning och andra insatser än vad *Livsstilsverkstan* kan ge. Det fortsatta arbetet med globaliseringen kan eventuellt skapa en större förståelse här. *Livsstilsverkstan* finns tillgänglig på samtliga nordiska språk och engelska för att så många som möjligt skall kunna ta del av den. Vad avser jämställdhet mellan könen, har få män deltagit i projektet trots att ansträngningar gjorts för att rekrytera även män. Detta kan ha sin förklaring i att både BVC och förskolan nästan till 100 % har kvinnliga anställda. Däremot visade flera pappor intresse för projektet.

Unikt för *Nordiska Livsstilsverkstan* är också betoningen på *intersektoriellt arbete*. För att få en helhetssyn på hälsa krävs i dagens samhälle att man samarbetar mellan sektorer, förskola och hälsoväsendet och då framför allt barnavårdscentral/familjevårdscentral. Forskare kan bidra med färdigheter och på ett tidigt stadium fånga upp forskningsbehov/problem, som är förankrade i verkligheten. Dagens föräldrar är mer aktiva än tidigare generationer och det är viktigt att därför involvera dem i processen. Det är emellertid inte bara föräldrarna som ges tillfälle att lära sig i *Livsstilsverkstan*, utan här ges även möjlighet för de professionella att vidareutveckla sig, eftersom lärande sker i kommunikation med andra.

Tyvärr har det sporadiskt framkommit i arbetet med *Livsstilsverkstan* att några deltagare inte sett värdet av att avsätta tid för att samverka. Man hänvisar till brist på tid och resurser. Liknande resultat har framkommit i andra, liknande projekt (Ekberg, 2012). Detta projekt förankrades hos respektive chefer på olika nivåer. Trots detta upplevde personalen svårigheter att få ut kompensation både i tid eller pengar. Många föräldrar uttalade sitt intresse för *Livsstilsverkstan*, men det fanns också de som menade att de inte skulle prioritera ett deltagande om tillfälle erbjöds.

Det finns ett ordspråk i Sverige som lyder: "Hälsan tiger still". Det kan tyckas lättare att söka hjälp för en åkomma, som man fått, än att själv tänka i hälsofrämjande termer. Att arbeta med hälsofrämjande handlar om att man skall ändra sitt tänkande, utgå från det friska för att inte hamna i sjukdom. Samhället har inte råd att ständigt satsa på ökande sjukvårdskostnader och mänskligt lidande. Hälsofrämjande arbete måste bedrivas på olika nivåer och på olika sätt (Dahlgren & Whitehead, 1991). *Livsstilsverkstan* arbetar på individnivå. Men om föräldrar och professionella finner att hälsofrämjande åtgärder borde satsas på och genomföras i lokalsamfundet, kan de tillsammans få styrka att kommunicera med politikerna och försöka påverka. Under utvecklingen av *Livsstilsverkstan* har försök gjorts att bjuda in lokala politiker utan framgång. Politikers intresse på hög nivå finns inom NMR, där också projektet som helhet Globaliseringsinitiativet är förankrat.

Med hållbarhet (sustainability) menas att förändringar hos individer och kommuner skall vara varaktiga och kunna fungera på egen hand sedan stöd upphört (Rootman *et al.*, 2001). Mycket arbete har lagts ned på att göra detta projekt varaktigt. Som ovan nämnts är förhoppningen att *Livsstilsverkstan* skall användas i framtiden just för att det har utarbetats tillsammans med brukarna. Det finns en flexibilitet inbyggd i modellen så att var och en kan känna sig fri att utforma egna teman. *Nordiska Livsstilsverkstan* har översatts till samtliga nordiska språk och engelska. Den görs tillgänglig på nätet och som papperskopia i NMRs rapportserie. Kommunikation och spridning har skett till olika intressegrupper. Den fortsatta forskningen utifrån NordChild studien, kommer att tillföra *Livsstilsverkstan* resultat kontinuerligt. Samarbete har inletts med forskare vid universitetet i Bern, Schweiz och vid universitetet i Stellenbosch, Sydafrika, för fortsatt forskning rörande barns hälsa.

Projektet har lett till att projektledaren initierat att en nordisk grupp forskare påbörjat författandet av en lärobok om hälsokunskap. Förhoppningsvis kommer *Nordiska Livsstilsverkstan* att testas i Norge och Finland och en utvärdering kommer då att genomföras.

Intentionerna med webbaserad modell har förändrats. Från början diskuterades att det skulle vara en interaktiv modell, där deltagarna skulle kunna kommunicera med varandra i slutet rum. En egen hemsida föreslogs också. Detta har förändrats till att vara en adress varifrån hand-

ledarguide för *Livsstilsverkstan* kan laddas ned och i vissa delar visas med dator. Det krävs alltför mycket resurser att hålla en hemsida à jour. Likaså krävs det alltför mycket resurser att interagera i ett chatt – forum. Det är också förenat med etiskt dilemma eftersom man inte kan ingripa aktivt om man finner att någon behöver extra stöd eller om något olämpligt sägs (Ekberg, 2012).

Projektet har tillfört ett nordiskt mervärde. Det har varit mycket stimulerande att samverka med alla de fem nordiska länderna. Att besöka varandra kan vara både kostsamt och ta tid. Mänskliga möten kan inte ersättas, men det har varit en stor fördel att många möten har kunnat ordnas genom telefon- och webbaserade konferenser. Vid arbetet med projektet blev det mycket tydligt att de nordiska länderna bygger på gemensamma grundläggande värderingar; lika möjligheter, social solidaritet och trygghet för alla. Alla skall ha rätt och lika tillgång till social- och hälso-tjänster, utbildning och kultur och det finns hos många en uttalad solidaritet rörande de som är mer utsatta. Finansieringen är skattebaserad. Det finns stora likheter mellan de nordiska länderna hur man genomför sitt hälsofrämjande arbete. Men det finns också en hel del olikheter rörande vad man lyfter fram som viktigt i detta arbete och hur man organiserar det (se kapitel 2 i denna rapport). Genom ett nordiskt samarbete kan vi utbyta erfarenheter med varandra och därmed även lära av varandra, vilket kan förstärka den nordiska välfärdsmodellen. Att Norden har ett väl utbyggt välfärdssystem blev tydligt vid fokusgruppdiskussionerna i Vietnam och Sydafrika, som organiserar sin hälso- och sjukvård på helt annat sätt.

Slutsats

Nordiska Livsstilsverkstan är innovativ genom sitt hälsofrämjande fokus och då den syftar till att ge människor förutsättningar för att ta eget ansvar för sin hälsa. En förhoppning är att den skall betraktas som ett viktigt bidrag till att stärka den nordiska välfärdsmodellen både innanför och utanför Norden.

Referenser

Kapitel 1

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute of Future Studies.
- Eriksson, K. (1986). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2011). En resa till hälsans centrum – det salutogena perspektivet på hälsa och välfärd. I M. Nygård & F. Finnäs (Red.), *Hälsa och välfärd I ett föränderligt samhälle. Festskrift till Gunborg Jakobsson*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing Salutogenesis and Antonovsky in Public Health Development. *Health Promotion International*, 21, (3), 238–44.
- Mittelmark M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A., & Tones, T. (2012). Helsefremmede arbeid – ideologier og begreper. I Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmede sykepleie – i teori og praksis* (ss. 23–45). Bergen: Fagbokforlaget.
- Nordenfelt, L. (1991). *Livskvalitet och hälsa: teori & kritik*. Solna: Almqvist & Wiksell.
- Nutbeam, D., & Harris, E. (2004). *Theory in a Nutshell. A practical guide to health promotion theories* (2nd ed.). North Ryde NSW: McGraw-Hill.
- Pörn, I. (1984). An equilibrium model of health. In L. Nordenfelt & B.I.B. Lindahl (Eds.), *Health disease and causal explanations in medicine* (pp. 3–9). Dordrecht: D Reidel Publishing Company.
- Ringsberg, K. C. (2009). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder, Perspektiv och förhållningssätt* (ss. 265–290). Lund: Studentlitteratur.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (Eds.). (2001). *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives* (WHO Regional Publications, European Series, No. 92). Copenhagen: WHO.
- Sörensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, (80), 1–13.
- World Health Organisation. (1984). *Health Promotion: A discussion document on the concepts and principles*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organisation. (1996). *Ottawa charter for health promotion*. [Online]. Available: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- World Health Organization. (1998). *Health 21 – health for all in the twenty-first century*. [Online]. European Health for All Series; nr 5. Available: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf

Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, DS. (2003). Elaborating a definition of health literacy. A commentary. *Journal of Health Communication*, 8, (3), 119–120.

www.who.org

www.nhv.se

www.iuhpe.org

Kapitel 2

Referenser till 2.1

Althingi. (2007a). Lög um heilbrigðisþjónustu. 2007, nr. 40 27. mars. Reykjavík: Althingi.

Althingi. (2007b). Lög um landlækni og lýðheilsu. 2007, nr. 41 27. mars. Reykjavík: Althingi.

Finlands regering. (2010). Hälso- och sjukvårdslag. 1326/2010. Helsingfors: Författaren.

Helsedepartementet. (2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken, Stortingsmelding nr 16 (2002–2003). Oslo: Författaren.

Helsedepartementet. (2009). Samhandlingsreformen, Stortingsmelding nr 47 (2008–2009). Oslo: Författaren.

Helsedirektoratet. (2010). Health Promotion – achieving good health for all. Oslo: Författaren.

Helsedepartementet (2011). *Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015* [Online]. Tillgänglig: <http://www.regjeringen.no/pages/16251882/PDFS/STM201020110016000DDDPDFS.pdf> [2012-03-30].

Helsedirektoratet (2011a). *Helsedirektoratet – Kva gjer vi?* [Online]. Tillgänglig: <http://helsedirektoratet.no/Om/organisasjon/roller-og-oppgaver/Sider/default.aspx> [2012-03-30].

Helsedirektoratet (2011b). *Roller og ansvar* [Online]. Tillgänglig: <http://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/roller-og-ansvar/Sider/default.aspx> [2012-03-30].

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*, LOV 2011-06-24, nr 29 [Online]. Tillgänglig: <http://www.lovddata.no/all/hl-20110624-029.html> [2012-03-30].

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2002). Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2001–2010. Köpenhamn: Författaren.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010a). Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, BEK nr 1344 af 03/12/2010. Köpenhamn: Författaren.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2010b). Sundhedsloven, LBK nr 913 af 13/07/2010. Köpenhamn: Författaren.

Institutet för hälsa och välfärd (2012). *Institutet för hälsa och välfärd. Organisation*. [Online]. Tillgänglig: http://www.thl.fi/sv_SE/web/sv/organisation [2012, 03/28].

- Landlæknisembættið*. (2003). Áherslur til heilsuefningar. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landlæknisembættið (2011). *Um embættið* [Online]. Available: <http://www.landlaeknir.is/Umembættid> [2012- 03-29].
- Social- och hälsovårdsministeriet (2011). *Ansvariga instanser inom social- och hälsovården* [online]. Tillgänglig: http://www.stm.fi/sv/social_och_halsotjanster/ansvar [2012- 03-27].
- Social- och hälsovårdsministeriet (2012). Det nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE 2012-1015. Helsingfors: Författaren.
- Statens folkhälsoinstitut (2010). *Övergripande mål för folkhälsa* [online]. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Om-oss/Overgripande-mal-for-folkhalsa/> [2012-04-02].
- Statsrådet. (2007). Politikprogrammet för hälsofrämjande. Helsingfors: Författaren.
- Statsrådet. (2011). Politikprogrammets slutrapport. Valperioden 2007–2011. Helsingfors: Författaren.
- Sundhedsstyrelsen (2010). *Vi arbejder for sundheden. Strategiske fokusområder for Sundhedsstyrelsen 2010–2013* [Online]. Tillgänglig: http://www.sst.dk/publ/Publ2010/KOM/Vi_arbejder_for_sundheden_strategipjece2010_2013.pdf [2012-03-26].
- Sundhedsstyrelsen (2012). *Sundhedsstyrelsens mål og opgaver* [Online]. Tillgänglig: http://www.sst.dk/Om%20styrelsen/Maal_og_opgaver.aspx [2012-03-26].
- Sveriges regering. (2008). En förnyad folkhälsopolitik. Proposition edn, 2007/08.110. Stockholm: Författaren.
- Sveriges Riksdag. (1982). Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), Lagstiftning edn, 1982:763. Stockholm: Författaren.
- Sveriges Riksdag. (2009). Förordning (2009:267) med instruktion för Statens folkhälsoinstitut, Förordning edn, 2009:267. Stockholm: Författaren.

Referenser till 2.2

- Althingi*. (2007). Þingsályktun um aðgerðaráætlun til fjögurra ára til að styrkja stöðu barna og ungmenna, Alltingsuttalande edn. Reykjavík: Althingi.
- Folkhälsoinstitutet (2012). *Barn och ungas hälsa* [online]. Tillgänglig: <http://www.fhi.se/Vart-uppdrag/Barns-och-ungas-halsa/> [2012- 03-20].
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið*. (2007). Reglugerð um heilsugæslustöðvar, Förordning edn, 787/2007. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet*. (2010). Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge, Förordning edn, BEK nr 1344 af 03/12/2010. Köpenhamn: Författaren.
- Sosial- og helsedirektoratet*. (2004). Kommunenenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Oslo: Författaren.
- Social- och hälsovårdsministeriet*. (2005). Barnarådgivningen som stöd till barnfamiljer. Handbok för personalen. Helsingfors: Författaren.

Social- och hälsovårdsministeriet. (2009). Statsrådets förordning om rådgivningsverksamhet, skol- och studerandehälsovård samt förebyggande mun- och tandvård för barn och unga, Förordning edn, 28.5.2009/380. Helsingfors: Författaren.

Sundhedsstyrelsen. (2011). Vejledning om forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Köpenhamn: Författaren.

Regeringens proposition 2007/08.110. En förnyad folkhälsopolitik. Stockholm: Social- och hälsodepartementet.

Referenser till 2.3

- Ahnquist, J. (2011). Den svenska strategin för utvecklat föräldrastöd och familjecentralen som arena för föräldrastödande verksamhet. I M. Kekkonene, M. Montonen & R. Viitala (Red.), *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer* (ss. 41–47). Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Althingi. (2007). *Pingsályktun um aðgerðaráætlun til fjögurra ára til að styrkja stöðu barna og ungmenna*, Alltingsuttalende edn, Reykjavík.
- Andrews, T. (2003). Radical changes or traditional approaches in a different guise? An analysis of the Norwegian mother-child service. *International Journal of Health Services*, 33, (2), 219–234.
- Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A.G. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series – An open study of its effects when first introduced in Sweden. *Nordic Journal Psychiatry*, 61, (2), 143–151.
- Bremberg, S. (2004). *Nya verktyg för föräldrar – förslag till nya former av föräldrastöd*. Stockholm: Folkhälsinstitutet.
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of advanced nursing*, 45, (6), 588–594.
- Dencik, L., Jørgensen, P.S., & Sommer, D. (2008). *Familie og børn i en opbrudstid*. Copenhagen: Hans Reitzels Forlag.
- Erver, M., & Fahlstrom, G. (2001). Det är en päs... det är jobbigt att ha barn, ändå är det det bästa som finns" fokusgrupper om stöd i föräldraskap". *Vård i Norden*, 21, (3), 43–46.
- Fabian, H.M., Rådestad, I.J., & Waldenström, U. (2005). Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 84, (5), 436–443.
- Fabian, H.M., Rådestad, I.J., & Waldenström, U. (2006). Characteristics of primiparous women who are not reached by parental education classes after childbirth in Sweden. *Acta Paediatrica*, 95, (11), 1360–1369.
- Félags- og tryggingamálaráðuneytið. (2010). *Þjónusta sveitarfélaga við börn og barnafjölskyldur*. Reykjavík: Félags- og tryggingamálaráðuneytið.
- Fjetland, K.J., & Soreide, G.E. (2010). Ethical dilemmas: a resource in public health nurses' everyday work? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, (1), 75–83.
- Fossum, S., Mørch, W., Handegård, B.H., Drugli, M.B., & Larsson, B. (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 50, (2), 173–181.

- Hagen, K.A., Ogden, T., & Bjornebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, (2), 165–178.
- Hakansson, A., Petersson, C., & Petersson, K. (2003). General parental education in Sweden: participants and non-participants. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21, (1), 43–46.
- Hakansson, A., Petersson, K., & Petersson, C. (2004). What is good parental education? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, (1), 82–89.
- Hallberg, A., & Hakansson, A. (2003). Training programme for parents of teenagers: active parental participation in development and implementation. *Journal of Child Health Care*, 7, (1), 7–16.
- Heath, H. (2006). Parenting: A Relationship-Oriented and Competency-Based Process. *Child Welfare*, 85, (5), 749–766.
- Häggman-Laitila, A. (2003). Early support needs of Finnish families with small children. *Journal of Advanced Nursing*, 41, (6), 595–606.
- Häggman-Laitila, A., Pietilä, A.M., Friis, L., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2003). Video home training as a method of supporting family life control. *Journal of Clinical Nursing*, 12, (1), 93–106.
- Häggman-Laitila, A., & Euramaa, K.I. (2003). Finnish families' need for special support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics. *Public Health Nursing*, 20, (4), 328–338.
- Häggman-Laitila, A., & Pietilä, A.M. (2007). Perceived benefits on family health of small groups for families with children. *Public Health Nursing*, 24, (3), 205–216.
- Häggman-Laitila, A., & Pietilä, A. (2009). Preventive psychosocietal support groups: parents' criteria for good quality. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, (2), 211–221.
- Juliusdottir, S., & Karlsdottir, E. (2011). Barn- och familjeservice i det isländska välfärdssystemet . I M. Kekkonen, M. Montonen, & R. Viitala (Red.), *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer* (ss. 36–37). Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Kalliomaa, M. (2011). Medborgarorganisationen som aktör i familjecentret – en vision om samverkan. I M. Kekkonen, M. Montonen, & R. Viitala (Red.), *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer* (ss. 79–85). Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Kekkonen, M., Montonen, M., & Viitala, R. (2011). *Familjecentraler i Norden – en resurs för barn och familjer. [Family centers in the Nordic countries – a resource for children and families]*. Copenhagen: Nordic council of ministers.
- Kling, Å., Forster, M., Sundell, K., & Melin, L. (2010). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training With Varying Degrees of Therapist Support. *Behavior Therapy*, 41, (4), 530–542.
- Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M.B., Handegård, B., & Mørch, W. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: results of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, (1), 42–52.

- Lohaus, A., Vierhaus, M., & Ball, J. (2009). Parenting Styles and Health-Related Behavior in Childhood and Early Adolescence: Results of a Longitudinal Study. *Journal of Early Adolescence*, 29, (4), 449–475.
- Major, E.F., Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L.E. (2011). *Bedre före var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Marienau, C., & Segal, J. (2006). Parents as Developing Adult Learners. *Child Welfare*, 85, (5), 767–784.
- Melin, A., & Lenner, R.A. (2009). Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, (3), 498–505.
- Moran, P., Ghatge, D., & Van Der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence* (Research Report, 574). London: Department for Education and Skills.
- Ogden, T., Forgatch, M.S., Askeland, E., Patterson, G.R., & Bullock, B.M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: the case of Norway. *Journal of Social Work Practice*, 19, (3), 317–329.
- Ogden, T., & Hagen, K.A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trial of Children with Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, (4), 607–621.
- Ogden, T., Hagen, K.A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway. *Research on Social Work Practice*, 19, (5), 582–591.
- Petersson, K., Petersson, C., & Hakansson, A. (2004). What is good parental education? Interviews with parents who have attended parental education sessions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, (1), 82–89.
- Petersson, C., Linden-Bostrom, M., & Eriksson, C. (2009). Reasons for non-participation in a parental program concerning underage drinking: a mixed-method study, *BMC Public Health*, 9, (1), 478.
- Reiter, E. (2009a). Forældre – hva så? *Sygeplejersken*, 109, (18), 60–63.
- Reiter, E. (2009b). Börn – hva så? *Sygeplejersken*, 109, (18), 54–58.
- Rolfgaard, A.J. (2011). Dansk Familiepolitik og Barnets Reform. I M. Kekkonen, M. Montonen, & R. Viitala (Red.), *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer* (ss. 34–35). Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2010). *Program för att förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt* (Rapport 202). Stockholm: SBU.
- Servicestyrelsen. (2011). *Inspirationskatalog om föräldreprogrammer – 18 evidensbaserade insatser til familjebehandling*. Odense: Servicestyrelsen.
- Simkiss, D., Snooks, H., Stallard, N., Davies, S., Thomas, M., Anthony, B., Winstanley, S., Wilson, L., & Stewart-Brown, S. (2010). Measuring the impact and costs of a universal group based parenting programme: protocol and implementation of a trial. *BMC Public Health*, 10, (1), 364.

- Skarstrand, E., Branstrom, R., Sundell, K., Kallmen, H., & Andreassen, S. (2009). Parental Participation and Retention in an Alcohol Preventive Family-Focused Programme. *Health education, 109*, (5), 384–395.
- SOU 2008:131. Föräldrastöd – en vinst för alla. Nationell strategi för samhällets stöd och hjälp till föräldrar i deras föräldraskap. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stewart-Brown, S. (2008). Improving parenting: the why and the how. *Archives of Disease in Childhood, 93*, 102–104.
- Strandberg, A.K., & Bodin, M.C. (2011). Alcohol-Specific Parenting within a Cluster-Randomized Effectiveness Trial of a Swedish Primary Prevention Program. *Health Education, 111*, (2), 92–102.
- Svanbjörnsdóttir, B.M. (2007). Vilja foreldrar stuðning í foreldrahlutverkinu? *Uppeldi og Menntun, 16*, (2), 95–115.
- Thorell, L.B. (2009). The Community Parent Education Program (COPE): treatment effects in a clinical and a community-based sample. *Clinical Child Psychology & Psychiatry, 14*, (3), 373–387.
- Thyrhaug, A.M., Vedeler, G.W., Martinussen, M., & Adolfsen, F. (2011). Familiens hus i Norge – et tverrfaglig kommunalt helsetilbud for barn, unge og deres familier. I M. Kekkonen, M. Montonen, & R. Viitala (Red.), *Familjecenter i Norden – en resurs for barn og familjer* (ss. 29–33). Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Viitala, R., Kekkonen, M., & Halme, N. (2011). Familjecenter i Finland – ett nytt verksamhetssätt inom tjänster för barn och familjer. I M. Kekkonen, M. Montonen, & R. Viitala (Red.), *Familjecenter i Norden – en resurs för barn och familjer* (ss. 22–28). Köpenhamn: Nordiska Ministerrådet.
- Widding, U. (2011). Problematic Parents and the Community Parent Education: Representations of Social Class, Ethnicity, and Gender. *Journal of Feminist Family Therapy, 23*, (1), 19–38.
- Winter, S.M. (2009). Obesity Prevention: Parenting Styles Make a Difference. *Childhood Education, 85*, (5), 306–C.

Referenser till avsnitt 2.4

- Althingi. (2008). Lög um leikskóla, 2008 nr. 90 12. júní, Reykjavík: Althingi.
- Finlands regering. (1973). Lag om barndagvård, 19.1.1973/36, Helsingfors: Författaren.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, F-4205 B, Oslo: Författaren.
- Kunnskapsdepartementet. (2005). Lov om barnehager (Barnehageloven), LOV-2005-06-17-64, Oslo: Författaren.
- Mennta- og menningarmálaráðuneytið. (2011). Aðalnámskrá leikskóla 2011. Reykjavík: Mennta- og menningarmálaráðuneytið.
- Ministeriet for Familie- og Forbrugeranliggender. (2004). Leg og lær – en guide om pædagogiske læreplaner til alle dagtilbud og forældre med børn i dagtilbud. Köpenhamn: Författaren.
- Skolverket. (2011). Läroplan för förskolan. Stockholm: Författaren.

Socialministeriet. (2011). Dagtilbudsloven, LBK nr 668 af 17/06/2011. Köpenhamn: Författaren.

Stakes. (2005). Grunderna för planen för småbarnsfostran (Handböcker 61). Helsingfors: Författaren.

SFS 2010:800. *Skollag*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Kapitel 3

Berntsson L. (2000). *Health and well-being of children in the five Nordic countries in 1984 and 1996* (avhandling för doktorsexamen, Nordiska hälsovårdshögskolan).

Coghlan, D. (2011). Action research: Exploring perspectives on a philosophy of practical knowing. *Academy of Management Annals*, 5, 53–87.

Dewey, J. (1916). *Democracy and education*. New York: Macmillan.

Ekman-Joelsson, B-M, Berntsson L, Sunnegård J. (2004). Quality of life in children with pulmonary atresia and intact ventricular septum. *Cardiol Young*, 14, 615–21.

Gibson, C.H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*, 16, (3), 354–361).

Granerud, A. (2008). *Social integration for people with mental health problems: Experiences, perspectives and practical changes* (avhandling för doktorsexamen, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap).

Heron, J., & Reason, P. (2006). The practice of co-operative inquiry: Research 'with' rather than 'on' people. In P. Reason & H. Bradbury (Eds.), *Handbook of action research* (pp. 144–154). London: SAGE.

Holter, I. M., & Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research: What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, (2), 298–304.

Hummelvoll, J. K. (Red.). (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.

Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a cooperative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 1, 3–15.

Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2005). Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, (2), 180–188.

Knowles, M. (1975). *Self directed learning, a guide for teachers and learners*. Chicago: Follet Publishing Company.

Lewin, K. (1997). *Resolving social conflicts*. Washington, DC: American Psychological Association.

Lindström, B. (1994). *The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries. Theory and Praxis* (avhandling för doktorsexamen, Nordiska hälsovårdshögskolan).

Marton, F., & Booth, S. (2000). Om lärande. Lund: Studentlitteratur.

Reason, P. (1994). Three approaches to participatory research inquiry. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. London: SAGE.

- Reason, P., & Heron, J. (1986). Research with people: The paradigm of cooperative experiential inquiry. *Person Centred Review*, 1, (4), 456–475.
- Ringsberg, K.C. (2009). Livsstil och hälsa. I F. Friberg & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnads grunder. Perspektiv och förhållningssätt* (ss. 263–292). Lund: Studentlitteratur.
- Silén, C. (2001). *Texter om PBL – teori, praktik, reflexioner* (Cul-rapport Nr 1). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för lärande, informatik, management.
- Starrin, B. (1993). Tillämpad social forskning. In J. Holmer, & B. Starrin (Red.), *Deltagarorienterad forskning* (ss.11–26). Lund: Studentlitteratur.
- Trollvik, A., Eriksson, B., Ringsberg, K.C., & Hummelvoll, J. K. (in press). Children's participation and experiential reflections using co-operative inquiry for developing a learning programme for children with asthma. *Action Research*.

Kapitel 4

- Möllerström, V., Sandberg, H., Ringsberg, K.C. & Ringsberg, K.C. (Red.). (2013). *Medier och barns hälsa. Från peppning och glamour till trygg vägledning. En diskursanalys av två föräldramagasin* (TemaNord 2013:501). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- Sandstig, G., Johansson, B., Ringsberg, K.C. & Ringsberg, K.C. (Red.). (2012). *Mediers påverkan på förskolbarns hälsa och föräldrarnas roll vid denna påverkan. En litteraturstudie* (TemaNord 2013:502). Köpenhamn: Nordiska ministerrådet.
- www.norden.org
- www.nhv.se

Kapitel 6

- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. Köping: Natur och Kultur.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of future studies.
- Dewey, J. (1916). *Democracy and education*. New York: Macmillan.
- Ekberg, J. (2012). *Online health promoting communities. Design, implementation and formative evaluation of an intervention* (avhandling för doktorsexamen, Linköpings universitet).
- Granerud, A. (2008). *Social integration for people with mental health problems: Experiences, perspectives and practical changes* (avhandling för doktorsexamen, Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap).
- Hummelvoll, J. K. (Red.). (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, J. K. (2008). The multistage focus group interview: A relevant and fruitful method in action research based on a cooperative inquiry perspective. *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 1, 3–15.

- Hummelvoll, J. K., & Severinsson, E. (2005). Researchers' experience of co-operative inquiry in acute mental health care. *Journal of Advanced Nursing*, 52, (2), 180–188.
- Knowles, M. (1975). *Self directed learning, a guide for teachers and learners*. Chicago: Follet Publishing Company.
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health Promotion International*, 21, (3), 283–44.
- Marton, F., & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (2001). *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* [Online]. Available: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/108934/E73455.pdf.
- Reason, P. (1994). Three approaches to participatory research inquiry. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. London: SAGE.
- Reason, P., & Heron, J. (1986). Research with people: The paradigm of cooperative experiential inquiry. *Person Centred Review*, 1, (4), 456–475.
- Silén, C. (2001). *Texter om PBL – teori, praktik, reflexioner* (Cul-rapport Nr 1). Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för lärande, informatik, management.
- Trollvik, A., Eriksson, B.G., Ringsberg, K.C., & Hummelvoll, J. K. (in press). Children's participation and experiential reflections using co-operative inquiry for developing a learning programme for children with asthma. *Action Research*.
- World Health Organization (1996). *Ottawa charter for health promotion* [Online]. Available: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D.S. (2003). Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *Journal of Health Communication*, 8, (3), 119–120.

Summary

This final report describes the background to *The Nordic Family Lifestyle Workshops* and the process of its development.

The Nordic Family Lifestyle Workshops includes work material covering the issues that most families with preschool children face in everyday life. It is an instructor guide (see also report 2013:504 in the Nordic Council of Ministers' TemaNord series) and the work material is supposed to be used to lead discussion groups for parents, who would like to grow in their roles, in partnership with pre-school- and health personnel. The focus is on health promoting lifestyle choices. Even professionals, who work with children and therefore are important for the child and the family, are given an opportunity to develop professional competence.

The Nordic Family Lifestyle Workshops is child-centred. The work material is based on the holistic view on children and their health, on partnership between the actors around the child and it assumes that various sectors (the family, the pre-school, health authorities, child health centres/family care centres, researchers, etc.) work together. The material is developed in partnership with those, who have been defined as the actors around the child, and has a pronounced "bottom-up perspective". It is rooted in all the Nordic countries and the authors hope that it will live on and be used even after the project is over.

The Nordic Family Lifestyle Workshops is based on the health promotion approach. This means that health is seen as a resource, that the focus lies on factors within and around us that support health and that these factors must be strengthened to maintain and improve health.

The main purpose of *the Nordic Family Lifestyle Workshops* is to let participants acquire knowledge and understanding of the relation between one's lifestyle and health, and how it affects their own, child's and family's health, to let participants reflect on how to put this knowledge and insight into practice. It is the authors' hope that this knowledge will

be passed on to the children, so that they can make healthy lifestyle choices of their own in the future.

The Nordic Family Lifestyle Workshops rests on four pillars: the health promotion approach as defined in the WHO documents, the educational approach originated from problem-based learning (PBL), emphasis on intersectoral work and a scientific approach as the data is based on research and collaboration with researchers.

Appendix I

Sökning

I kapitel 2 finns beskrivet en litteratursökning. För den vetenskapliga litteraturen gjordes sökningen i databaserna Chinal, PubMed och CSA Social Science. Sökordet *parent** användes i kombination med termer som fångar olika aktiviteter vars syfte är att stödja föräldrar; *education, support, program*, counseling and groups*. Artiklar publicerade de senaste 10 åren, på engelska eller något utav de nordiska språken; svenska, norska, danska eller isländska är inkluderade. Artiklar som fokuserade på stöd till föräldrar till barn med allvarliga sjukdomar som kräver specialistkompetens för att behandla samt artiklar med fokus på stöd till föräldrar som själva har långvariga sjukdomar var exkluderade. Artiklar om föräldrastödsinsatser som riktade sig till föräldrar till barn med begynnande problematik inkluderades även eftersom dessa ofta används både i förebyggande och tidig behandling, dessa handlade i flesta fall om beteende- eller överviktsproblematik.

Tabell 1. Använda sökord på de olika nordiska språken samt engelska.

Engelska	Svenska	Norska	Danska	Isländska
Parental support	Föräldastöd	foreldrestøtte/ retteleing	Forældrestøtte	foreldrastuðningur
Parental education	Föräldrautbildning	Foreldrekurs	Forældrekurs	foreldrafræðsla/ námskeið
Parenting groups	Föräldragrupper	Foreldregruppe	Forældregrupper	Foreldrahópar
Parenting	Föräldraskap	Foreldrerolle	Forældrerollen	Foreldrahlutverk
Parental counseling	Föräldrarådgivning	foreldrevejledning	Forældrerådgivning	Foreldraráðgjöf

Resultat

Sökningen resulterade i 42 artiklar från vetenskapliga tidskrifter. Ingen artikel från Island fanns publicerad internationellt men en hittades i isländsk vetenskaplig tidskrift via den isländska databasen Gagnir.

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige	Totalt
Inkluderade artiklar	2	11	0	8	21	42

Author and title (för information om tidskrift, publikationsår, volum och nummer se referenslistan i slutrapporten)	Nation	Age group of children	Focus of parenting support addressed	Type of article/ Method
Axberg, U., Hansson, K., & Broberg, A. (2007). Evaluation of the Incredible Years Series – An open study of its effects when first introduced in Sweden.	Sweden	3–9 years	Indicated, behavior problems, treatment – IYS, intervention evaluation	Research article, quantitative
Börjeson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy.	Sweden	0–1 years	Universal, prevention/promotion mothers needs	Research article, quantitative
Bremberg, S., & Sarkadi, A. (2005). Socially unbiased parenting support in the Internet: A cross-sectional study of users of a large Swedish parenting website.	Sweden	un-specified	Universal, promotion, mainly peer support, parent's as users	Research article, quantitative
Erver, M.A., & Fahlström, G. (2001). It is tough having children, but it's simply the best thing that ever happened to me... focus groups about community support for parents.	Sweden	0–15 years	Universal, prevention/promotion Parents needs and preferences	Research article, qualitative
Fabian, H.M., Rådestad, I.J., & Waldenström, U. (2005). Child-birth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes.	Sweden	newborns	Universal, prevention/promotion, parents preferences	Research article, quantitative
Fabian, H.M., Rådestad, I.J., & Waldenström, U. (2006). Characteristics of primiparous women who are not reached by parental	Sweden	newborns	Universal, prevention/promotion, parents participation	Research article, quantitative

Author and title (för information om tidskrift, publikationsår, volum och nummer se referenslistan i slutrapporten)	Nation	Age group of children	Focus of parenting support addressed	Type of article/ Method
education classes after childbirth in Sweden.				
Hakansson, A. Petersson, K., & Petersson, C. (2004). What is good parental education?	Sweden	0–1 year	Universal, preven- tion/promotion parents perspective	Research article, quantitative
Hakansson, A., Petersson, C., & Petersson, K. (2003). General parental education in Sweden: Participants an non-participants.	Sweden	0–1 year	Universal, preven- tion/promotion parents perspective participation	Research article, quantitative
Hallberg, A., & Håkansson, A. (2003). Training program for parents of teenagers: Active parental participation in develop- ment and implementation.	Sweden	un-specified, teenagers	Universal, program development, parents preferences	Research article, Quantitative and qualita- tive
Larsson, M. (2008). A new public health policy in Sweden.	Sweden	un-specified	Universal, preventi- on, policy	Theme article, policy
Kling, Å., Forster, M., Sundell, K., & Melin, L. (2010). A randomized controlled effectiveness trial of parent management training with varying degrees of therapist support.	Sweden	3–10 years	Indicated, behavior problems, treatment PMTO	Research article, quantitative
Melin, A., & Lenner, R. A. (2009). Prevention of further weight gain in overweight school children, a pilot study.	Sweden	7 years	Indicated, over- weight, prevention, evaluation	Research article, Pilot study
Petersson, K., Petersson, C., & Håkansson, A. (2004). What is good parental education? Inter- views with parents who have attended parental education sessions.	Sweden	un-specified	Universal, prevention, parents experiences	Research article, qualitative
Pettersson, C., Lindén-Boström, M., & Eriksson, C. (2009). Reasons for non-participation in a parental program concerning underage, drinking: a mixed-method study.	Sweden	13–16 years	Selective, alcohol prevention, parents participation	Research article, Mixed methods
Plantin, L., & Danebäck, K. (2009). Parenthood, information and support on the internet. A litera- ture review of research on parents	Sweden	un-specified	Universal, prevention/ promotion parents and professionals	Research article, Literature review

Author and title (för information om tidskrift, publikationsår, volum och nummer se referenslistan i slutrapporten)	Nation	Age group of children	Focus of parenting support addressed	Type of article/ Method
and professionals online.				
Skarstrand, E., Bränström, R., Sundell, K., Kallmen, H., & Andreassen, S. (2009). Parental participation and retention in an alcohol preventive family-focused programme.	Sweden	un-specified	Universal, focus on alcohol prevention, parental participation	Research article, quantitative
Strandberg, A. K., & Bodin, M. C. (2011). Alcohol-specific parenting within a cluster-randomized effectiveness trial of a Swedish primary prevention program.	Sweden	14 years	Universal, alcohol prevention, effect evaluation	Research article, quantitative
Thorell, L. B. (2009). The community parent education program (COPE): Treatment effects in a clinical and a community-based sample.	Sweden	un-specified	Indicated, conduct problems, effect evaluation COPE	Research article, quantitative
Wadsby, M., Sydsjö, G., & Svedin, C.G. (2001). Evaluation of an intervention programme to support mothers and babies at psychosocial risk: Assessment of mother/child interaction and mother's perceptions of benefit.	Sweden	0–6 months	Selective, prevention, program evaluation	Research article qualitative
Widding, U. (2001). Problematic parents and the community parent education: Representations of social class, ethnicity and gender.	Sweden	un-specified	Indicated, behavior problems, parents participation	Document analysis
Andrews, T. (2003). Radical changes or traditional approaches in a different guise? An analysis of the Norwegian mother-child service.	Norway	un-specified	Universal, prevention/promotion policy focus	Research article qualitative
Fjetland, K.J., & Soreide, G. E. (2010). Ethical dilemmas: A resource in public health nurses' everyday work?	Norway	un-specified	Universal, prevention/ promotion, professionals role	Research article qualitative
Fossum, S., Mørch, W. Drugli, M.B., Handegård, B., & Larsson, B., (2009). Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: predictors and mediators of treatment outcome.	Norway	4–8 years	Indicated, behavior problems, treatment – IYS, intervention evaluation	Research article, quantitative

Author and title (för information om tidskrift, publikationsår, volum och nummer se referenslistan i slutrapporten)	Nation	Age group of children	Focus of parenting support addressed	Type of article/ Method
Hagen, K.A., Ogden, T., & Bjorenbekk, G. (2011). Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one year follow-up of children with conduct problems.	Norway	4–12 years	Indicated, behavior problems, treatment, PMTO intervention evaluation	Research article, quantitative
Larsson, B., Fossum, S., Clifford, G., Drugli, M.B., Handegård, B., & Mørch, W. (2009). Treatment of oppositional defiant and conduct problems in young Norwegian children: Results of a randomized controlled trial.	Norway	4–8 years	Indicated, behaviour problems, treatment, IYS	Research article Quantitative
Ogden, T., & Hagen, K.A. (2008). Treatment effectiveness of parent management training in Norway: A randomized controlled trial of children with conduct problems.	Norway	4–12 years	Indicated, behavior problems, treatment, PMTO outcome evaluation	Research article, quantitative
Ogden, T., Hagen, K.A., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and evaluating evidence-based treatment of conduct problems in children and youth in Norway.	Norway	un-specified	Indicated, behavior problems, treatment, PMT summary of experience and case study	Research article, Case study
Ogden, T., Forgatch, M. S., Askeland, E., Patterson, G.R., & Bullock, B.M. (2005). Implementation of parent management training at the national level: The case of Norway.	Norway	un-specified	Selective, behavior problems, PMTO, policy focus	Research article, Case report
Häggman-Laitila, A., & Euramaa, K. (2003). Finnish families' need for support as evaluated by public health nurses working in maternity and child welfare clinics.	Finland	0–3 years	Universal, prevention/promotion, professionals views	Research article, quantitative
Häggman-Laitila, A., & Pietilä, A. (2003). Video home training as a method of supporting family life control.	Finland	un-specified	Universal, prevention/ promotion, parents perspective	Research article qualitative
Häggman-Laitila, A., & Pietilä, A. (2007). Perceived benefits on family health of small groups for families with children.	Finland	un-specified	Universal, prevention/promotion, parents perspective	Research article qualitative
Häggman-Laitila, A., & Pietilä, A.	Finland	un-specified	Universal, prevention,	Research

Author and title (för information om tidskrift, publikationsår, volum och nummer se referenslistan i slutrapporten)	Nation	Age group of children	Focus of parenting support addressed	Type of article/ Method
(2009). Preventive psychosocietal support groups: Parents' criteria for good quality.			parents perspective	article qualitative
Häggman-Laitila, A. (2003). Early support needs of Finnish families with small children.	Finland	un-specified young children	Universal, prevention parents perspective	Research article, quantitative
Häggman-Laitila, A., Seppänen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Pietilä A. M. (2010). Benefits of video home training on families' health and interaction: evaluation based on follow-up visits.	Finland	4–10 years	Universal, prevention/promotion, evaluation	Research article, qualitative
Mäenpää, T., & Astedt-Kurki, P. (2008). Cooperation between Finnish primary school nurses and pupils' parents.	Finland	7–12 years	Universal, prevention/promotion, professionals	Research article, qualitative
Mäenpää, T., & Astedt-Kurki, P. (2008). Cooperation between parents and school nurses in primary schools: parents' perceptions.	Finland	7–12 years	Universal, prevention/ promotion, parents perspective	Research article, qualitative
Sääslahti, A., Numminen, P., Salo, P., Tuominen, J., Helenius, H., & Valimäki, I. (2004). Effects of a three-year intervention on children's physical activity from age 4 to 7.	Finland	4 years and older	Universal, promotion of physical activity, evaluation	Research article Quantitative
Salonen A. H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki, P., Jarvenpää, A., & Tarkka, M. (2008). Development of an internet-based intervention for parents of infants.	Finland	newborns	Universal, prevention/ promotion, Internet intervention in supporting parents	Research article Quantitative
Shulruf, B. O'Loughlin, C., & Tolley (2009). Parenting education and support policies and their consequences in selected OECD countries.	Finland (in comparison with seven other OECD countries)	un-specified	Universal, policy focus	Research article, Review

Author and title (för information om tidskrift, publikationsår, volum och nummer se referenslistan i slutrapporten)	Nation	Age group of children	Focus of parenting support addressed	Type of article/ Method
Reiter, E. (2009). Parents: Now what.	Denmark	3–12 years	Universal, prevention/promotion Parenting groups	Case report
Reiter, E. (2009). Children: Now what.	Denmark	0–18 month	Universal, prevention, Parenting groups, (inspired by the Leksand model)	Case report

SFP = Strengthen Family Program.

PMTO = Parent Management Training Oregon.

COPE = Community Parent Education Program.

ICDP = International Child Development Program.

IYS = Incredible Years Series.

Appendix II

Processbeskrivning av modellarbetet från pilotstudien

Den primära målsättningen med pilotstudien var att börja utveckla en svensk modell för hälsofrämjande samtal, workshops, som syftade till att få familjer att förstå sambandet mellan livsstil och hälsa/ohälsa för att de tillsammans med sina barn skall göra hälsosamma livsstilsval. En förhoppning är att det skall ske en kunskapsöverföring till barnen så att de själva skall kunna göra hälsosamma livsstilsval i framtiden. För att ha ett brett perspektiv på hälsa har förskolepedagoger och barnsjuksköterskor involverats i samtalen. Därmed gavs de också en möjlighet till kompetensutveckling. En sekundär målsättning var att pilotprojektets resultat aktivt skulle överföras till delprojekt 4 i Nordiska Ministerrådets Globaliseringsinitiativ på området Hälsa och välfärd.

Samarbete etablerades med en stadsdel i Västra Göteborg, som är representativ för hela Göteborgs befolkning. Projektledaren informerade högste verksamhetschefen och dennas medarbetare om projektet. Föräldrar och förskolepersonal från tre förskolor samt barnsjuksköterskor från två barnavårdscentraler, som servar samma område, valdes därefter ut strategiskt, en förskola från ett socialt välbeställt område och två från socialt mindre välbeställda område.

Under år 2010 genomfördes två utbildningsinsatser här kallade workshops på kvällstid, en workshop (I) under vårterminen och annan under höstterminen (II). Varje workshop innehöll fem tillfällen. Totalt deltog 13 föräldrar, åtta förskolepersonal och två barnsjuksköterskor. Sex externa forskare och/eller praktiker på de aktuella temaområdena bjöds in, föreläste kort stund och deltog därefter aktivt i den efterföljande diskussionen. Två forskare från NHV var ansvariga för genomförandet av workshop I och II.

Pilotstudien började med att föräldrarna och förskolepersonalen från en förskola intervjuades individuellt om sina uppfattningar av hälsa och livsstil, vilka utmaningar de möter i vardagen och vilka strategier de använder. De tillfrågades även vad de ansåg vara relevant att diskutera i en tentativ hälsoutbildning samt hur de önskade att den utformades rent praktiskt. Utifrån deras förslag bjöds därefter externa forskare in till *workshop I* med fem tematiska gruppträffar där föräldrar, personal och forskare deltog i diskussioner. Parallellt gavs föräldrarna möjlighet att diskutera mellan gruppträffarna i ett slutet diskussionsforum på Internet. Efter utvärdering av *workshop I* och ytterligare intervjuer med föräldrar och föreskolpersonal från de andra två förskolorna samt barnsjuksköterskorna korrigerades programmet till *workshop II*.

Pilotstudien genomfördes enligt metodologin för deltagande aktionsforskning (Participatory action research). Den bygger på interaktiva handlingar som skall leda till förändring och utveckling och har som syfte att generera praktisk kunskap som är användbar i människors vardagsliv. Forskningen bedrivs då tillsammans med individer och inte enbart om individer. Interaktionen mellan forskare och deltagare blir ett viktigt inslag i forskningsprocessen. Aktionsforskningsprocessen är en cirkelprocess som kan se olika ut beroende på forskningsprojektets karaktär, men traditionellt innehåller den följande steg som genomförs i antal "rundor":

- *Planera*: Aktioner planeras utifrån tankar och erfarenheter.
- *Genomföra*: Planerade aktioner genomförs.
- *Dokumentera*: Aktioner efterföljs av fältobservationer och datainsamling.
- *Utvärdera*: Resultat analyseras och blir föremål för reflektioner, utvärdering och planering på nytt som leder till nya aktioner. (Baum, MacDougall & Smith, 2006; Reason & Bradbury, 2006).

Pilotstudien genomfördes i två rundor (*workshop I* och *workshop II*) enligt följande steg:

- Aktionen (*workshops* rörande hälsofrämjande livsstil) planerades utifrån de tankar och erfarenheter som framkom i intervjuerna med

deltagarna. Forskarnas tankar och erfarenheter tillsammans med WHOs hälsofrämjande principer låg även till grund vid planeringen.

- Två workshops genomfördes enligt planen.
- Processanteckningar skrevs kontinuerligt. Efter varje workshop intervjuades alla deltagare en andra gång. Intervjuerna spelades in på band och skrevs ut ordagrant.
- Intervjumaterial och processanteckningar analyserades efter workshop I och lades till grund för planeringen av den andra rundan (workshop II). Resultatet från de två rundorna sammanställdes och validerades i en fokusgruppdiskussion med föräldrar och professionella i Danmark. Resultatet fördes därefter över för vidareutveckling till Huvudprojektet.

Runda 1 Förskola A-workshop I

På förskola A deltog personal och föräldrar från två avdelningar med barn födda 2005–2007.

Forskarna informerade först tillsammans med verksamhetschefen samtlig personal om projektet. Därefter fick föräldrarna på respektive avdelningar ett allmänt informationsbrev om projektet i början av december 2009. I januari 2010 kontaktades föräldrar på förskolan, genom att en av forskarna fanns på plats vid tre olika tillfällen, när barnen skulle hämtas. Hon informerade var och en detaljerat om projektet, lämnade ut ytterligare ett informationsbrev till föräldrarna och registrerade namn och telefonnummer på de som var intresserade. En del föräldrar ville gå hem och fundera och en del tackade ja/nej på plats. De som ville gå hem och fundera blev kontaktade efter ett par dagar för att höra vilket beslut de hade kommit fram till. Om de tackade ja bokades en tid för en telefonintervju.

Totalt tackade 10 föräldrar ja till att delta i projektet, fem mammor och fem pappor. Totalt arbetade sex pedagoger och barnskötare på avdelningarna. Samtliga deltog i workshopen. Två föräldrar deltog vid alla tillfällen medan de övrigas deltagande varierade från 2–4 tillfällen, totalt blev det sju föräldrar som var aktiva deltagare. En mamma som var med vid första tillfället valde att avbryta sitt deltagande, eftersom hon ansåg sig inte kunna engagera sig så som hon hade önskat. Två föräldrar uteblev från alla tillfällen, men avbröt inte formellt sitt deltagande, då de gärna ville

försöka delta. Orsaker till uteblivit deltagande var sjukdom hos föräldern eller barnet, brist på barnvakt och tid.

Utifrån de teman som framkom i intervjuerna och föräldrarnas önskemål om upplägg utformades workshopen som fyra temakvällar som ägde rum med tre veckors mellanrum på vardagskvällar mellan kl 19 och 21 samt en aktivitetsförmiddag tillsammans med barnen. Varje tema inleddes med en halvtimmes föreläsning. Därpå följde diskussion i två grupper (föräldrar och förskolepersonal för sig) i 45–60 minuter följt av en uppsummering i helgrupp ca 30 minuter. Forskarna fungerade som diskussionsledare, en i var grupp.

Teman som ingick i workshop I:

- *Familjeliv utan tidspress*. Presentation av forskare om småbarnsfamiljers tidsanvändning och diskussion om strategier för att öka den egna tidsmässiga välfärden.
- *Stress och den nya ohälsan*. Presentation av forskare om stress bland barn och vuxna och dess påverkan på kroppen. Diskussion om strategier för att minska stress i vardagen.
- *Måltidsarbetets planering och organisation*. Presentation av forskare om barnfamiljers måltidssituation, planering, inköp, samvaro ur ett sociologiskt perspektiv. Diskussion om familjernas måltidsarbete.
- *Friskvård för parrelationer*. Presentation från praktiker om förebyggande arbete i parrelationer.
- *"Gårdsfest"*. Temadag med hälsofrämjande familjeaktiviteter med barnen som aktiva deltagare.

Diskussionerna i de två grupperna kännetecknades av hälsofrämjande dialog. Det innebar att eventuellt problemområde identifierades, varefter diskussionerna inriktades mot de resurser och lösningar som finns med hjälp av frågeställningar som: Vad kan jag som individ göra för att underlätta för mig själv och min familj i vardagslivets sysslor? Djupare diskussioner rörande enskildas problematik och dess orsaker undveks. Förhållningssättet uppskattades av deltagarna, som sade att de gick från temakvällarna rustade med tankar och idéer, som de upplevde användbara för att underlätta vardagen.

Forskarna hade intentionen att föräldrar och förskolpersonal skulle vara i samma diskussionsgrupp, men personalen önskade två olika grupper.

Efter den första temakvällen aktiverades ett slutet diskussionsforum på Internet, där föräldrarna bjöds in och uppmuntrades att reflektera över det de tagit del av vid temakvällarna. På detta forum fanns information angående projektet tillgänglig och det fanns också möjlighet att komma med idéer och tankar som rörde projektet. En del nya infallsvinklar och tankar framkom men framför allt bekräftade man det man diskuterat under temakvällen och delade med sig hur man tillämpat det man diskuterat i sitt vardagsliv. Efter de två första temakvällarna använde sig föräldrarna av detta diskussionsforum, därefter avtog deltagandet där av olika anledningar. Personalen hade inte tillgång till detta forum.

Utvärdering

Efter det att alla träffar i workshopen genomförts samlades deltagarna till en fokusgruppdiskussion som del av utvärderingen och för att diskutera hur modellen skulle kunna utvecklas vidare. Deltagarna intervjuades även individuellt efter workshopens slut.

Följande framkom:

- Programmet ansågs vara pionjärbete på området. De kände inte till något liknande.
- Temakvällar med föreläsningar och hälsofrämjande diskussioner var mycket uppskattade av föräldrarna, som ansåg att det gav nya infallsvinklar på olika aspekter av vardagslivet. Detta gjorde att de kände sig bättre rustade för att kunna göra aktiva livsstilsval.
- Följande teman uppskattades speciellt: Familjeliv utan tidspress, Stress och den nya ohälsan.
- Det efterfrågades mer tips och idéer om hälsosam matlagning.
- Det var positivt att bjuda in en forskare eller "expert" till varje tema, som presenterade det och därefter deltog i diskussionen.
- Forskarnas dialogbaserade förhållningssätt uppskattades.
- Två timmar upplevdes som för kort tid.
- Det saknades en "röd tråd" för att belysa syftet med workshopen i sin helhet.
- Det värderades högt att fysiskt träffas i grupp och diskutera med information och diskussionsforum på Internet som komplement. Men

man framförde också att det upplevdes svårt hinna delta i denna typ av aktivitet. Gruppträffar av detta slag prioriteras lätt bort i den tidspressade vardag som många upplever.

- Förskolepedagogerna framförde att det är svårt att hinna med denna typ av verksamhet utöver sitt ordinarie arbete. De föreslog att man deltar vid ett enstaka tillfälle.
- Förskolepedagogerna menade att det inte är lämpligt att sitta i samma grupp som föräldrar till barn man har i den dagliga verksamheten.

Två av föräldrarna anmälde sitt intresse för att delta i den fortsatta utvecklingen av *Livsstilsverkstan*.

Resultat som överfördes till workshop II

Forskarna beslutade sig för att be barnsjuksköterskor vid BVC att delta i workshop II. Frågan om värdegrunder väcktes av forskarna vid den sista gruppträffen i workshopen. Det visade sig att intresse fanns för detta ämne. Få föräldrar och barn deltog i gårdsfesten. Den var förlagd till en lördag. En förklaring till detta kan vara att den konkurrerade med andra aktiviteter. Forskarna drog den slutsatsen att formen för att involvera barnen måste vara annorlunda. Eftersom deltagandet i diskussionsforum på Internet var lågt beslutades att inte använda det i workshop II.

Runda 2 Förskola B och C – workshop II

Efter utvärderingen av workshop I (runda 1) genomfördes workshop II (runda 2) med deltagare från två förskolor, förskola B och förskola C. På de förskolorna gick barn ifrån mer utsatta områden än de som går på förskola A, d.v.s. barn från områden med billigare boende, där arbetslösheten är högre, fler ensamstående föräldrar och flera familjer, som kommer från andra länder, bor.

Som vid workshop I informerade forskarna verksamhetsledarna och de professionella först, varpå föräldrarna kontaktades vid de två förskolorna. Informationsbrev delades ut till alla föräldrar till barn födda 2005–2007 för rekrytering av deltagare. En av forskarna var även på plats två dagar på respektive förskola för personlig information och intresseanmälan. Åtta föräldrar tackade ja till att delta, alla mammor. Tre av dessa kom aldrig till någon tematräff, medan de andra fem deltog i varierande

utsträckning från två träffar till alla fem. En av föräldrarna från workshop I (runda 1) deltog vid några temakvällar i workshop II (runda 2).

Till projektet rekryterades två förskolepedagoger, som deltog i en temakväll i stället för samtliga temakvällar som i workshop I (runda 1). De hade ingen relation till föräldrarna. För att ytterligare stärka det intersektoriella och hälsofrämjande arbetet bjöds två barnsjuksköterskor in från BVC från samma område. Dessa deltog båda två i samtliga temakvällar tillsammans med en av forskarna.

Alla deltagare intervjuades innan workshop II började med samma frågeställningar som för deltagarna i workshop I d.v.s. rörande deltagarnas tankar kring livsstil och hälsa, vilka utmaningar de möter i vardagen och vilka strategier de använder. I intervjuerna tillfrågades även deltagarna om hur de önskade lägga upp workshopen.

Baserat på utvärderingen av workshop I (runda 1), önskemål som framkom vid intervjuerna av deltagarna till workshop II samt önskemål från forskarna byggdes workshop II upp med fem temakvällar, som ägde rum med tre veckors mellanrum på vardagskvällar mellan kl 19 och 21. Varje tema inleddes med en halvtimmes föreläsning av inbjuden föreläsare, som också deltog i den efterföljande diskussionen, som varade 45–60 minuter med ca 30 minuters avslutning för uppsummering. I workshop II arbetade alla tillsammans i en grupp.

Teman som ingick i workshop II:

- *Livsstil och hälsa.* Detta första tema blev ett introduktionstema i workshopen, där "den röda tråden", hälsofrämjande arbete och salutogent förhållningssätt presenterades av en av forskarna, vilket därefter diskuterades i gruppen.
- *Familjeliv utan tidspress.* Presentation av en forskare inom området med efterföljande diskussion om strategier för att öka barnfamiljers tidsmässiga välfärd.
- *Självkänsla och värdegrunder.* En tematräff som byggdes på presentation och diskussion med fokus på barns utveckling och hur barns självkänsla kan byggas upp. Två förskolelärare och en barnpsykolog deltog i denna träff och bidrog med presentation av förskolans arbete med värdegrunder samt barns psykiska utveckling. Temat introducerat av forskarna.

- *Medier och hälsa.* Småbarnsfamiljers medievardag i relation till hälsa diskuterades. Förslaget togs väl emot och väckte mycket intresse. Faktapresentation gjordes av en av forskarna. Temat introducerades av forskarna.
- *Näringsrik kost och måltidsarbetet.* I utvärderingen av runda 1 framkom att mer näringsinriktning önskades, tips om nyttig kost med lite faktainformation om bra kosthållning. En dietist deltog därför i denna träff tillsammans med föräldrar, BVC sköterskor och forskare.

Utvärdering

Efter workshopens slut intervjuades alla deltagare individuellt.

Följande framkom:

- Det var värdefullt att träffa andra föräldrar och få möjlighet att diskutera vardagliga frågor.
- Det var bra att få tips om små saker som går att förändra så att vardagen blir enklare, t.ex. relaterat till matlagning och tidshantering.
- Följande tema uppskattades speciellt: Familjeliv utan tidspress, Stress och den nya ohälsan.
- Det var en fördel att vara en liten grupp. Det är lättare att skapa trevlig stämning och underlättar för öppenhet i diskussionen.
- Det var positivt att en "expert" på området bjöds in och presenterade temat och därefter deltog i diskussionen.
- Det var mycket bra att barnsjuksköterskor deltog, som kunde bidra med erfarenhet från barnhälsovården.
- Både föräldrar och förskolepedagoger tyckte att det var en nackdel att förskolepedagogerna enbart var med vid ett tillfälle.
- Gruppledarens dialogbaserade förhållningssätt uppskattades.
- Det är viktigt att ledaren av workshopen ser till att diskussionen håller fokus.
- Det var positivt att träffas på förskolan, i barnens miljö.
- Det hade varit bra att kunna ta del av material före och efter tematräffen, t.ex. hemskickat material eller via e-post.

Kommentar från forskarna

Vid rekryteringen av föräldrar på förskolorna uppgav de ofta som anledning till att inte delta att de var tidspressade.

En tydlig skillnad upplevdes dock i intresset för projektet som verkade betydligt lägre bland föräldrarna på förskola B och C. Det upplevdes svårare att nå fram till föräldrarna med informationen och de engagerade sig inte lika mycket i diskussioner runt om kring ämnet. På de förskolorna fanns fler ensamstående föräldrar och arbetslösa föräldrar, som hade svårt att planera in någonting framåt i tiden, även om de ansåg projektet intressant.

Runda 3 Nästveds kommun i Danmark

Som avslutningsrunda (runda 3) i pilotstudien och som ett första steg i huvudprojektet blev Livsstilsverkstan presenterad och diskuterad i en grupp med tre föräldrar, tre förskolepedagoger, två barnsjuksköteskor (sundhetsplejerskor) och en primärvårdsläkare i Nästveds kommun i Danmark. Slutsatserna av det aktiva arbetet med grupperna i runda ett och två bekräftades i diskussionerna med föräldrar och personal i Nästved.

Slutsatser och överföring av resultat till Huvudprojektet

Behov av Livsstilsverkstan

Personal inom både förskola och hälsoväsende har uttryckt att det saknas föräldrastödsprogram med inriktning med hälsofrämjande livsstil med en salutogen och helhetssyn på hälsa, som har barnen i fokus speciellt barn i förskoleåldern 3–5 år. Det finns behov för insatser som stärker föräldrar i sin föräldraroll.

Vid intervjuerna och i diskussionerna uttalade föräldrarna tydligt att de inte önskade sig ytterligare traditionell information om hälsosam kosthållning och fysisk aktivitet. Däremot önskade de diskutera och dela idéer med andra om hur man kan hantera sin vardag på ett effektivt sätt för att kunna göra hälsofrämjande livsstilsval.

I diskussionerna med föräldrar och personal framkom att föräldrarna värderar högt att få möjlighet att träffa andra föräldrar i liknande situationer för att diskutera vardagens utmaningar, samhällets olika erbjudanden relaterat till hälsa samt att få ta del av aktuell forskning inom området.

Förankring i de hälsofrämjande principerna

Genom att Livsstilsverkstan är utarbetad i samarbete med brukarna och då de deltagit i utvecklingsprocessen är den väl förankrat hos brukarna och de övriga principerna för hälsofrämjande arbete som beskrivs av Rootman *et al.* (2001).

Sammanfattning av evalueringen av workshop I och II

Resultatet av pilotprojektet blev en första prototyp av den Nordiska Livsstilsverkstan, en workshop för diskussion av hälsofrämjande livsstilsval för föräldrar med förskolebarn (se Figur 1).

Figur 1. Sammanfattning av evalueringen av workshop I och II

Livsstilsverkstan – samverkan för hälsofrämjande livsstilsval

Gruppdiskussioner som leds av en förskolepedagog och en BVC sjuksköterska eller förskolelärare tillsammans.

I varje grupp ingår 5-10 föräldrar, optimalt är både mammor och pappor som träffas på barnens förskola 4-5 gånger per termin, två till tre timmar kvällstid.

Varje träff behandlar ett speciellt tema. Den inleds med kort (ca 30 min.) faktpresentation (av ledarna eller inbjuden person; forskare eller annan kunnig i området). Därefter följer gruppdiskussion och/eller praktiskt arbete med olika uppgifter under ca 1.5-2 timmar.

Material relaterat till varje tema finns tillgängligt på en hemsida tillhörande programmet och även ett diskussionsforum som ger gruppen möjlighet att fortsätta diskussion efter träffar eller delta i diskussion vid uteblivet deltagande i de fysiska grupperna.

Förslagna teman:

Livsstil och hälsa	Media och hälsa	Fysisk aktivitet*
Tidsmässig välfärd	Självkänsla och värdegrunder	Hygien/smittspridning*
Hälsosam kost och matlagning	Stress och den nya ohälsan	Livet i ett nytt land*
Parrelationer	Hälsofrämjande familjeaktiviteter	Sömn och rutiner*

*teman som har uppkommit som viktiga men har inte behandlats i någon diskussionsgrupp.

Referenser

- Baum, F., MacDougall, C., & Smith, D. (2006). Participatory action research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 854–857.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2006). *The handbook of action research*. London: Sage.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Springett, J., & Ziglio, E. (Eds.). (2001). *Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives* (WHO Regional Publications, European Series, No. 92). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Appendix III

Intervjuer med nordiska föräldrar och professionella

Nedanstående intervjuer har analyserats ytterligare och sammanställts i en artikel som skickats in till en vetenskaplig tidskrift för publicering.

Totalt intervjuades 36 föräldrar, 23 förskolepersonal och nio barnsjuksköterskor. Intervjuerna med de svenska informanterna gjordes under år 2010 som del av pilotprojektet, se kapitel 7, och har samtliga tagits med här, vilket förklarar varför antalet svenska informanter är högre än de från övriga nordiska länder. Intervjuerna i de övriga nordiska länderna genomfördes år 2011 i syfte att få fram ett nordiskt perspektiv på föräldrars, förskolepedagogers och barnsjuksköterskors (vid BVC) tankar kring livsstil och hälsa i vardagslivet och för att tillföra ett nordiskt perspektiv på Livsstilsverkstan. Se tabell 1.

Tabell 1. Antal Intervjuer med föräldrar och professionella från samtliga nordiska länder rörande deras uppfattning av hälsa och livsstil och hur de bäst kan främja en god hälsa hos barnen.

Informant	DK	FI	IS	NO	SE	Totalt
Föräldrar	5(1)	5(1)	5(0)	6(2)	15(4)	36(8)
Förskolepersonal	4	4	5	2	8	23
BVC-sköterskor	1	2	3	1	2	9
Totalt	10	11	13	9	25	68

*(varav pappor).

Urval

Vid val av informant användes dels ett strategiskt urval (purposive sampling), vilket innebär att en grupp individer av speciell karaktär eller i en speciell kontext väljs ut för deltagande (Bowling, 2001), dels användes ett bekvämlighetsurval (convenience sampling), vilket innebär att deltagare som bekvämt är att rekrytera väljs ut (ibid.).

Vid val av deltagare användes dels ett strategiskt urval (purposive sampling), vilket innebär att en grupp individer av speciell karaktär eller i en speciell kontext väljs ut för deltagande (Bowling 2001), dels ett bekvämlighetsurval (convenience sampling), med vilket menas att deltagare som är bekväma att rekrytera väljs ut, då de till exempel finns nära till hands eller sannolikt kommer att svara (ibid).

Urvalsprocessen gick till så att en kommun i varje land valdes ut strategiskt; medelstor kommun med etablerat hälsofrämjande arbete. I varje kommun utsågs en kontaktperson, som valde ut en eller två förskolor för samarbete. Den barnavårdscentral som servade den aktuella förskolans område blev därefter tillfrågad om att delta. Först kontaktades verksamhetschefen som i sin tur frågade en till tre verksamma barnsjuksköterskor. På den förskola som valde att delta lämnade förskoleföreståndaren ut information och förfrågan om medverkan till de föräldrar som hade barn i åldern tre till fem år samt till personal. Målsättningen var att rekrytera fem föräldrar från varje land. Ambitionen var att få lika många mammor som pappor, men då det visade sig vara svårt att rekrytera föräldrar, gjordes till slut ett bekvämlighets urval av deltagare d.v.s. de som var intresserade och hade tid att delta. Av totalt 36 föräldrar som intervjuades var åtta pappor.

För att det inte skulle bli språkliga missförstånd genomfördes intervjuerna av tre olika intervjuare, men de utgick från samma interviewguide. Intervjuerna genomfördes i samtalston och hade tre övergripande frågor: Upp-

fattning av hälsa och livsstil 2. Hur kan föräldrarna/de professionella bäst främja god hälsa hos barnen. 3. Resultaten redovisas under dessa rubriker.

Intervjuerna gjordes på telefon med undantag för två intervjuer med BVC sköterskor och två med förskolepedagoger. Intervjuerna varade mellan 30–60 minuter. Samtliga intervjuer spelades in på band. Föräldraintervjuerna transkriberades ordagrant.

Analys

En kvalitativ analys gjordes av intervjumaterialet. De transkriberade intervjuerna (föräldrarna) lästes igenom noggrant vid flera tillfällen och de inspelade intervjuerna (professionella) lyssnades på. Centrala teman relaterade till de tre tematiska intervjufrågorna identifierades och sammanställdes. Citat finns inlagda för läsarens validering av analysen.

Resultaten kan inte generaliseras i statistisk bemärkelse, men vi hoppas att resultatet kan tillföra en djupare förståelse av de teman som intervjuerna har täckt in.

Resultat

Föräldrars uppfattningar av hälsa och livsstil

Största andelen av de deltagande föräldrarna hade huvudfokus på kost och motion i diskussionerna om hälsa och livsstil. Men även andra områden diskuterades som vittnade om föräldrars breda syn på hälsa och livsstil. Resultaten av diskussionerna delades in i fyra områden: Kost och motion, Sömn och rutiner, Social samvaro och Rökfrihet.

ja, livsstil innebefatter jo... ja, måten man lever sitt liv. Arbeid, fritid eh... eh...

ja. Hva man spiser og hur mye man beveger sig, alt det der. (Norge FP 5)

Kost och motion

Kost och motion var centralt i föräldrars diskussioner om hälsa och livsstil samt hur man förhåller sig till sin kropp. Att äta varierad hemlagad mat och begränsa sockerintag och konsumtion av snabbmat ansågs som en viktig del av hälsosam livsstil. Några föräldrar från Island uttryckte bestämda åsikter om att maten även skall vara ekologisk och helst inköpt i speciella hälso-butiker eller hälsoavdelningar i livsmedels-affärerna, medan andra ut-

tryckte att det var viktigt att inte vara fanatisk och fyrkantig utan att man skall unna sig något gott emellanåt. De norska föräldrarna talade mer än föräldrarna från de andra nordiska länderna om friskluftsliv och att vara ute i naturen till sammans med barnen som ett viktigt inslag i den hälsosamma livsstilen. Något de gärna önskade att deras barn tog med sig som vuxna från uppväxten. För de flesta var det viktigt att aktivera barnen på något sätt för att förhindra onödigt stillasittande framför TV.

Det är bara nyttig och god mat och... bra motion. Du vet. Och inga överdrifter, [det] tycker jag spelar otrolig viktig roll. (Island FP 5)

Å bevege seg og å spise sunt. /.../ ikke trening, da. Da tenker jeg mer lek, lek ute, altså aktivitet. Det å aktivisere barna ute framfor det å ha dem framfor tv'en, for eksempel. At vi leker ute i gata, at vi går på turer i skogen, at vi sykler sammen, at vi .. klatrer, aktiviteter ute, rett og slett, med barna. (Norge FP 3)

Sömn och rutiner

Sömn och rutiner kom upp i ett antal samtal med föräldrarna om livsstil och hälsa. Bra sömn ansågs vara en viktig del av den hälsofrämjande livsstilen och en förutsättning för barnens hälsa speciellt men även föräldrarnas. Tydliga rutiner kring sömnvanor ansågs som ett viktigt inslag i barnfamiljens livsstil liksom rutiner kring matvanor och levnadssätt i stort.

Ja, der er jeg veldig opptatt av rutiner. Det har jeg alltid hatt veldig mye, rutiner. Jeg merker at barna trives veldig godt med rutiner. (Norge FP 6)

Social samvaro

Att tillbringa tid tillsammans med sina barn och göra saker tillsammans med barnen nämndes som en viktig del av livsstilen, som bidrar till balans i familjen samt främjar den psykiska hälsan. Det gällde både vardagliga saker i hemmet och aktiviteter på fritiden. Öppen kommunikation och förtroendefulla relationer mellan föräldrar och barn ansågs vara viktigt inslag i den hälsosamma livsstilen. Även att vara tillsammans med andra människor; att barnen lär sig att umgås med andra, leker med de andra barnen på gården och känner sig trygga i gruppen på förskolan. Att barnen skall ha det bra och känna sig trygga lyftes fram som viktigt. Speciellt de svenska föräldrarna diskuterade sina relationer och hur viktig del de

var av hälsan och livsstilen. Egen tid, att få tid för sig själv, men även tid med partnern utan barn, var något som ansågs viktigt för familjens hälsa och välbefinnande.

Att vara mycket tillsammans, att ha tid tillsammans med hela familjen, med barn /.../ och med min man också, och sen också med barnen separat så att de ibland lite får göra saker som passar dem bra. (Finland FP 6)

Jag tror på att ta hand om relationen för om man inte tar hand om relationen så har ju varken vi eller barnen någonting. (Sverige FP 1)

Rökfrihet

Rökfrihet är en del av en hälsosam livsstil. En av de föräldrar som berörde rökning, eller rökfrihet, som del av hälsa och livsstil, beskrev hur hon själv hade vuxit upp med rökande föräldrar och betonade hur dåligt det var för hälsan. I några fall var det mor- och eller farföräldrar, som var rökare och som bidrog till att barnen oönskat utsattes för rök i och med att de umgicks med dessa.

sunde vaner generellt altså, at man ikke ryger, eller benytter sig af andre ting der er skadeligt (Danmark FP 3)

Tabell 2. Antal informanter som tog upp de olika diskussionsområdena.

Område	DK	FI	IS	NO	SE
Kost och motion	5	5	5	6	9
Sömn och rutiner	3	2	2	2	2
Social samvaro	4	2	1	3	10
Rökfrihet	2	0	1	1	0

Föräldrars uppfattningar av hur de bäst kan främja en god hälsa hos barnen

Av diskussionerna med de föräldrar som deltog i projektet förefaller nordiska föräldrar väl medvetna om vikten av god kost och fysisk aktivitet för en god hälsa. Hälsosamma matvanor med varierad kost, utan ett extremt förhållningssätt, verkade uppfattas som den optimala livsstilen, tillsammans med fysisk aktivitet i lagom mängd. Föräldrarna verkade även vara medvetna om att det behövs mer än detta. Goda familjerelationer, vila och rekreation uppfattades också som viktigt för den hälsosamma livsstilen. Även sociala relationer utanför familjen, att främja barnens trygga relat-

ioner med andra barn och vuxna samt deras sociala utveckling uppfattades som betydelsefullt för den hälsofrämjande livsstilen.

Trots tydliga uppfattningar, och god kunskap om vad hälsofrämjande livsstil innebär, beskrev många föräldrar det som en stor utmaning att hinna "få till" den optimala, hälsofrämjande livsstilen i en tidspressad vardag. Brist på tid var genomgående den faktor som upplevdes som den största utmaningen. Föräldrarna beskrev vika strategier de hade för att få livet att gå ihop och kunna uppfostra sina barn till en hälsosam livsstil.

Prioritering och planering

Medveten prioritering och noga planering av vardagslivet var en strategi för att få till den hälsofrämjande livsstil föräldrar önskade erbjuda sina barn. En övergripande prioritering i livet ansågs nödvändigt, med ställningstagande om vad som är viktigt: Hur skall familjens boende se ut? Är det familjelivet som skall prioriteras eller karriären? Skall båda föräldrar göra karriär? Vilka aktiviteter skall barnen få delta i? När och hur mycket?

Vi väljer vad vi vill göra. Vi bara utbildar oss så att vi kan hantera de valen /.../ man måste på något sätt välja hur man vill leva sitt liv. (Island FP 2)

För att kunna upprätthålla den hälsofrämjande livsstilen, krävs det en noga planering i vardagslivet. Planering av hämtnings- och lämningstider på förskolan, planering av vem som lämnar och vem som hämtar. Även vad som skall finnas i kylskåpet och vilken mat som skall lagas bör planeras.

det kræver selvfølgelig noget planlægning hver eneste dag /.../ og for faktisk også at spare tid i den sidste ende, så laver vi madplan hver uge, så man ligesom ved vi skal spise det om tirsdagen og om onsdagen spiser vi sådan og så bliver der handlet derefter, så så er der heller ikke så stor sandsynlig for den hurtige løsning. (Danmark FP 4)

På samma sätt behöver det sociala umgänget i familjen planeras in för att allt skall fungera, både föräldrarnas egen tid till sammans men också familjens gemensamma tid. Det är viktigt att tillbringa tid tillsammans, både att hitta på aktiviteter och hitta tid för att "bara vara", då hela familjen umgås på ett kravlöst sätt. För att få det att fungera i vardagen måste sådan tid planeras in, och annat prioriteras bort.

at alt krever ekstremt mye planering og det är klart att vi er i en fase der vi har eh... har mindre tid i sammen enn vi kanskje hadde litt tidligere. Så det er en utfordring. (Norge FP 5)

Balans i livet

För en del föräldrar var deltidsarbete, för åtminstone den ena föräldern, ett sätt att lösa tidsbristen. I de flesta familjer hade mamman valt att arbeta deltid, och ta mer ansvar för hem och barn. Speciellt de isländska och de finska informanterna beskrev ett vardagsliv, där pappan var mycket borta på grund av sitt arbete, antingen med långa arbetsdagar eller mycket resor. Ibland var detta självvalt för att mamman skulle kunna vara hemma mer och barnen få kortare dagar på förskolan, men för vissa var till exempel resor en ofrivillig del av arbetet, vilket gjorde att mamman av den anledningen valde att arbeta deltid för att minska barnens tid på förskolan. Även flexitid och obekväma arbetstider var ett sätt att hantera tidsbristen. Vid behov kunde den ena föräldern arbeta kortare dag för att ta igen det vid senare tillfälle. Obekväma arbetstider för föräldrarna kunde innebära att barnet tillbringade färre och kortare dagar på förskolan, om till exempel den ena föräldern arbetade nattskift och hämtade barnen efter några timmars sömn. Att kunna anpassa arbetstiderna på detta sätt upplevdes bidra till hälsofrämjande livsstil genom att mer tid fanns över för exempelvis hälsosam matlagning, eftersom det genomgående upplevdes mer tidskrävande att laga ordentlig, nyttig mat än att köpa något färdiglagat mindre nyttigt alternativ. De anpassade arbetstiderna ansågs även bidra till att mer tid fanns för umgänge med barnen, mer ork för att hitta på aktiviteter eller tid för utevistelse med barnen istället för att stressa hem för att laga mat och sätta barnen framför TVn. De anpassade arbetstiderna bidrog även till möjligheter att utföra det hushållsarbete som var nödvändigt, utan stress.

Jag har väl tur att jag kan välja att jobba lite mindre än vad jag brukar göra, och ge dem [barnen] extra tid och inte ha dem länge på förskola och så. (Sverige FP 10)

Jag tycker att det är fantastiskt att jobba till klockan två och ha möjlighet att ordna med saker innan de [barnen] kommer hem och sedan kunna koncentrera mig på dem när de är hemma. (Island FP 4)

Socialt stöd

Stöd från de närmaste anhöriga, först och främst mor- och farföräldrar, upplevdes betydelsefullt för att få till den optimala hälsofrämjande livsstilen. Praktiskt stöd i form av barnpassning och matlagning, då det behövs, menade man kunde exempelvis minska de negativa effekterna av tidsbristen. Dessutom sågs vänner och anhöriga som viktiga källor till råd och information. Att få dela tankar och ta del av andras erfarenhet, både från den tidigare generationen, som har avslutat småbarnsperioden, och från vänner och grannar som själva befinner sig i den perioden, ansågs vara värdefullt. Det kändes också bra att kunna få bekräftelse på att man inte är ensam om de utmaningar man möter.

Att man har liksom det här nätet. För har man det här nätet, att man liksom känner att man hör till ett, en grupp så att säga då får man ju liksom alltid, om det finns människor runt omkring som man kan lita på, som man är trygg med, som man vet att ställer upp, jag menar då får man ju hjälp med alla de här andra bitarna. Det finns alltid nån som kan hjälpa till på nåt sätt då man själv kommer till korta. Bara det finns det där nätet runt omkring. (Finland FP 11)

Förebild och förhållningssätt

Föräldrarna ansåg sin roll först och främst vara att förmedla sunda värderingar och hälsofrämjande levnadsvanor till sina barn, genom att fungera som bra förebilder själva. När det gäller kosthållning innebar detta att erbjuda nyttiga alternativ till hela familjen, inte bara barnen, och inte som förälder själv dricka läsk och äta sötsaker. Det omfattade även att inspirera barnen till fysisk aktivitet och som förebild visa att fysisk aktivitet är ett naturligt och njutbart inslag i vardagen.

Bare det at vi på en måte viser en glede over sånne ting så overfører vi veldigt mye av det til barna, tenker vi. Sånt som vi opplever som positive verdier, da blir det positivt for dem også. Så jeg tenker at det handler om en bevissthet fra foreldresiden på hvordan vi får inn livsstil og helse i hverdagen. För att hvis vi viser glede over ting som vi mener er sunt og bra, da, så tenker jeg at det vil bli verdier som de tar med seg videre, at det er verdier som de opplever som positive, som gjør at de da forhåpentligvis får en god helse og ... blir glad i å bevege seg og.. blir glad i å spise god mat. (Norge FP3)

Förutom att förmedla egna sunda värderingar ansåg föräldrarna sig ha en viktig roll i att hejda oönskade influenser från det övriga samhället, till exempel från TV-program och reklam. Både genom att begränsa vad barnen exponeras för och att själva vara kritiskt medvetna om vilken påverkan TV-program och reklam har på de egna värderingarna.

Det er så komplekst. Det kan jo både være medier, sånn at som på en måte som at man ser gjennom mediene hvordan det såkalt ideelle liksom framstillingene skal være. Det jo sånna forventninger som skapas där om hva som er riktig og hva som er feil, ehh men det er også sånn at det forplanter seg videre igjen. (Norge FP 3)

Men att inte vet jag om man behöver liksom dra så jätte sådär långtgående slutsatser av liksom vad TVn gör och så men vi vill inte ha en sån vardag. Att så mycket tycker jag att, att jag vill inte att mina barn ska, ska växa upp kring, som en TV apparat. (Finland FP 6)

Diskussion

De föräldrar som lät sig intervjuas kan beskrivas som motiverade föräldrar, de valde att delta eftersom de var sedan tidigare intresserade av ämnet och måna om att skapa bra förutsättningar för en hälsosam livsstil i vardagslivet. Största delen av de deltagande föräldrarna har medel- eller hög socioekonomisk status, medel- eller hög utbildningsnivå, stabil familjesituation, bra boende och trygga ekonomiska förhållanden. Trots dessa gynnsamma förutsättningar upplevde många av dem det utmanande att utveckla och upprätthålla den hälsofrämjande livsstilen för sig och sina barn. Ingen skillnad kunde märkas i uppfattningarna av hälsofrämjande livsstil eller utmaningarna att nå en sådan hos deltagarna med lägre socioekonomisk status eller annan känd "riskfaktor" för ohälsa (två ensamstående mödrar, en mor med låg utbildning, en mor med invandrarbakgrund).

Skillnad var liten mellan diskussionsområden som föräldrar från de olika nordiska länderna fokuserade på. Vissa nyanser kunde dock observeras; de norska föräldrarna talade mer än andra om friluftsliv i relation till fysisk aktivitet, att vara ute i naturen, gå i skogen och åka längskidor. De isländska föräldrarna diskuterade hälsokost i större utsträckning än andra, livsmedel som säljs i affärernas specialavdelningar för hälsokost och ekologiska alternativ. Även de ekonomiska förutsättningarna diskuteras flitigare bland de isländska föräldrarna, särskilt nackdelen med att

de hälsosamma alternativen oftast upplevs dyrare än de ohälsosamma alternativen. De danska föräldrarna diskuterade släkten i större utsträckning än andra, och då både den påverkan mor- och farföräldrar har på barnens hälsa och livsstil och hur det ibland fanns extra utmaningar i och med till exempel att mor- och farföräldrar rökte eller gärna ville bjuda barnen på sötsaker. Dock påpekade de även det värdefulla stödet de fick av mor- och farföräldrar, som ofta bodde nära. De svenska föräldrarna talade mer än de andra om relationen mellan föräldrarna och hur bristen på egen tid upplevdes som utmaning. De finska föräldrarna berörde mer än de andra hur medvetna val kan göras för att uppnå ett lugnare och mer hanterbart vardagsliv. Antalet deltagare var dock för litet för att slutsatser kan dras om den observerade nyansskillnaden, huruvida den kan relateras till samhällstrender i de olika nordiska länderna eller om den beror på i vilken typ av samhällen i det aktuella landet föräldrarna bor i.

Rökning är den riskfaktor för livsstilsrelaterade sjukdomar som kanske har fått den största uppmärksamheten i de nordiska samhällen de senaste årtiondena, genom informationskampanjer och spridning av forskningsresultat. En stor andel av den nordiska befolkningen är därför väl medveten om rökningens skadliga konsekvenser. Trots detta var det bara enstaka föräldrar som tog upp rökning eller rökfrihet i sin diskussion om hälsa och livsstil. Ingen statistik fördes på huruvida de deltagande föräldrarna var rökare själva, men möjligen beror avsaknaden av fokus på rökning på att föräldrarna utgår ifrån rökfrihet som en självklar del av hälsofrämjande livsstil, eller så röker de själva och undviker att diskutera ämnet.

Trots att den grupp föräldrar som deltog kan beskrivas som motiverade och intresserade av att leva ett hälsosamt liv upplever de att de har svårt att få till en hälsofrämjande livsstil i sitt vardagsliv. Det kan antas vara ännu svårare för de föräldrar som inte är särskilt intresserade av just hälsa och livsstil, eller som lever under svåra sociala förhållanden. Utifrån dessa resultat måste det anses angeläget att från samhällets sida bistå småbarnsfamiljer i Norden med goda förutsättningar för hälsofrämjande livsstilsval som: Tillgång till socialt stöd, information av hög kvalitet, samt möjligheter till anpassning av familjeliv och arbetsliv.

Professionellas uppfattningar av hälsa och livsstil bland förskolebarn och deras familjer

...alltså alla föräldrar vill ju sina barn väl. (Sverige FP 2)

Kost och motion

Kost och motion var, liksom bland föräldrarna, mycket i fokus i diskussionerna bland förskolepedagogerna och barnsjuksköterskorna. Förskolorna i Finland, Island och Sverige serverar frukost och lunch till barnen varje dag, men i Danmark och Norge tar barnen med sig matlåda till lunch. I alla länder rapporterar förskolepedagogerna en pågående debatt angående begränsning av sockerintag under förskoledagarna, där vissa förskolor har förbjudet det helt, medan andra har begränsat utbud starkt, till exempel till enbart i samband med någon festlighet. Förskolepedagogerna talade om ökad medvetenhet och intresse bland föräldrar om barnens kostvanor. Det yttrar sig som att föräldrarna intresserar sig för vad barnen får för mat på förskolan och deltar aktivt i debatten om exempelvis minskat sockerintag. I Danmark och Norge talar man om att det fortfarande finns barn som har med sig förvånansvärt onyttigt innehåll i sina matlådor, som vitt bröd och söta drycker, trots all information om hälso-sam kost.

Jag tycker de oftast mycket medvetna, du vet, föräldrarna om... ja och de blir det mer och mer /.../ både angående matvanor och så där vad som de [barnen] erbjuds i skolorna... de [föräldrarna] ställer mer krav på det de [barnen] får den del av dagen de är hos oss. (Island FP 11)

Rutiner med regelbundna måltider och näringsrik kost är en viktig del av småbarnsfamiljernas hälsa och livsstil också enligt de barnsjuksköterskor som deltog i projektet. Kostvanor ansågs speciellt viktigt, i relation till den ökande problematiken med fetma, som de flesta barnsjuksköterskorna uppmärksammat i de regelbundna hälsokontrollerna i barnhälsovården. Många beskrev hur matvanor är ett centralt område i barnsjuksköterskornas rådgivande samtal, men några uttalade sig om att barn i åldern 3–5 år var svåra att nå i relation till denna problematik, eftersom ansvaret för kosthållningen vilar på föräldrarna, speciellt i de länder där barnen har med sig matlåda. På Island beskrev man två tydliga grupper av föräldrar som barnsjuksköterskor möter på BVC, den ena gruppen är mycket

medveten om hälsosam kost och upplevs ibland vara överdrivna i sin inställning till vad barnen får äta och inte äta. Den gruppen serverar gärna sina barn ekologisk specialkost från hälsokostaffärer och barnen får aldrig glass, godis eller tårta. Samtidigt beskrev barnsjuksköterskorna hur det fortfarande finns grupper föräldrar som inte verkar vara medvetna eller prioritera hälsosam kosthållning, och som knappt har kunskaper om hur man lagar en vanlig måltid till familjen.

Stress

Många av förskolepedagogerna som intervjuades upplevde att dagens småbarnsfamiljer lever ett stressigt liv, och att det har påverkan på barnens välbefinnande. Många barn upplevs vara trötta och blir lätt irriterade under förskoledagen. De har långa dagar på förskolan och har ofta kvällsaktiviteter efter förskoledagens slut. Några förskolepedagoger beskrev hur de märkte på föräldrarna att de är stressade: de ger sig sällan tid för småprat när de hämtar och lämnar barnen, är ofta upptagna i mobiltelefoner och verkar allmänt ha bråttom. Några förskolepedagoger med lång yrkeserfarenhet beskrev hur de upplevt en förändring till det sämre de senaste 10–20 åren när det gäller familjernas stressnivå. De beskrev hur de upplevde att prioriteringar har ändras till en ökad prioritering av materiella saker och karriär, kosthållning med mer halvfabrikat och mer pressad fritid med träning och organiserade aktiviteter.

....det är det som jag tycker har ändrats under de här senaste åren, att alla har så bråttom. (Finland FP 1)

En förskolepedagog från Finland beskrev dock hur hon möter fler och fler familjer som aktivt prioriterar det lugna familjelivet och försöker att inte låta sig påverkas av den höga hastighet som de upplever i samhället.

Även bland barnsjuksköterskorna diskuterades familjernas stressnivå, att fler föräldrar är stressade och att många är osäkra i sin föräldraroll. De beskrev hur föräldrar frågar om när och hur de skall sätta gränser för barnen och uttrycker att det är svårt att behöva vara strikta och riskera konflikter med barnen under den korta tiden på eftermiddagarna, som de är hemma efter arbetet. Även den debatt som pågår i samhället – om hur man bör leva som småbarnsfamilj, hur man skall uppfostra sina barn och hur lyckad man skall vara – uppfattades orsaka stress i familjerna.

Jeg tror faktisk, at de [forældrene] vil gøre det så godt som overhovedet muligt, og at det kan være en stor belastning for rigtig mange familier, at de skal kunne følge med, fordi der er så mange /.../ restriktioner, eller der er så mange ting omkring, hvad er nu sundt, og hvad er nu godt, og min oplevelse er, at langt, langt, langt, langt de fleste forældre vil rigtig gerne gøre det så rigtigt som overhovedet muligt, og det kan man ikke altid, og det kan være rigtig svært. (Danmark FP 10)

Denna höga stressnivå upplevdes av några kunna bidra till mindre hälsofrämjande livsstil, exempelvis genom att föräldrar inte ger sig tid för att laga hälsosam mat eller spendera tid tillsammans med barnen.

Jag tycker många inte har tid för måltiderna, att man trycker till barnen lite mat här och där. Jag upplever att det är mycket mellanmål och inga huvudmål, frukost, lunch och middag blir något slags mellanmål hela dagen. (Sverige FP 11)

Professionellas uppfattningar av hur de bäst kan främja en god hälsa hos barnen

Både förskolepedagoger och barnsjuksköterskor betonade att de arbetade aktivt för att främja barns hälsa. Förskolepedagoger arbetar mer direkt med barnen genom pedagogiken, sitt förhållningssätt och de förutsättningar som skapas på förskolan. Barnsjuksköterskorna agerar mer som stöd och diskussionspartner i rådgivande samtal med föräldrarna, samt erbjuder föräldrautbildningar.

Kost och motion

I de länder som serverar barnen måltider på förskolan beskrev förskolepedagogerna hur det direkt går att påverka barnens kosthållning genom sammansättningen av den kost som serveras på förskolan. I Danmark och Norge, där barnen har med sig matlåda till förskolan, ansåg förskolepersonalen sig inte kunna påverka barnens kosthållning lika mycket. De brukade begränsa utbudet av sockerrika alternativ i de måltider/mellanmål som erbjuds på förskolorna. De försöker även att informera föräldrar om att matlådan förväntas innehålla en näringsrik måltid.

det här att vi har dragit ned på socker och... att vi... inte alltid... att det inte alltid ska vara söta grejer när man firar, det har vi ju diskuterat en del. Att man kan försöka hitta alternativ till det. (Sverige FP 3)

Många av förskolepedagogerna beskrev hur moment med fysisk aktivitet medvetet läggs in i förskoledagen, både organiserade aktiviteter som gymnastiktimmar och fri lek utomhus samt utflykter i naturen. Avslappning och vila, samt att dela in barnen i mindre grupper för att skapa lugn och möjlighet till egna tankar, är också sätt som förskolepedagoger använder för att främja barnens hälsa. Några beskrev hur de medvetet bemöter barnen på ett sätt, som skall stärka deras självkänsla, att de uppmuntrar barnen till självständiga tankar och handlingar för att:

... då växer man som människa, det är skönt att veta att jag kan klara mig själv! (Sverige FP 2)

Barnsjuksköterskorna som intervjuades beskrev hur de arbetar mer familjecentrerat för att främja god hälsa hos barnen, än direkt med barnen själva. De fungerar som bollplank för hälso- och livsstilrelaterade frågeställningar hos föräldrar, och använder möten med den enskilda familjen för att informera och stödja familjerna utifrån familjens behov. Kosthållning, sömn och rutiner är områden som ofta tas upp i dessa möten.

..[det] jag sätter fokus på mycket själv är föräldrarnas matlagning, att man pratar med föräldrarna om vilka matvanor de vill föra vidare till sina barn.(Sverige FP 9)

Bemötande och reflektion

Förskolepedagogerna beskrev hur de försökte att finnas till hands som bollplank för föräldrar, men arbetssituationen tillåter sällan att den möjligheten utnyttjas till fullo. De träffar ofta föräldrarna endast korta stunder, med uppmärksamheten splittrad mellan flera barn och föräldrar som har bråttom. Många föräldrar tar tillfället i akt i kapprummet när barnen hämtas och lämnas och ställer frågor och reflekterar över barnens utveckling, hälsa och välbefinnande.

Lige i øjeblikket har vi sådan et krop og bevægelsesprojekt som skal løbe ind til sommerferien, det har vi haft fra starten af året. Hvor vi laver morgengymnastik, tre gange om ugen /.../ og de elsker det, de er helt vilde og de spørger efter det /.../ og vi er ude i al slags vejr. Øh, der er, der er ikke nogen dage hvor vi springer over at være ude, i hvert fald de to timer.
(Danmark FP 1)

Barnsjuksköterskorna ansåg sin viktigaste roll vara det rådgivande bollplank som alla föräldrar behöver. Många föräldrar har tillgång till det stödet hos sin närmaste släkt och familj. I de fallen blir kontakten med barnsjuksköterskan mer inriktad på de regelbundna hälsokontrollerna och vaccinationen. Barnsjuksköterskorna upplevde att de som inte har samma tillgång till släkt och vänner och/eller lever i en utsatt situation av något slag söker sig i större utsträckning till barnsjuksköterskan för rådgivning och stöd i relation till föräldrarollen och familjens hälsa i stort.

De flesta barnsjuksköterskorna berättade att det finns någon form av föräldragrupsverksamhet på deras barnavårdscentraler. I dessa grupper får föräldrar information om olika hälsorelaterade tema samt möjlighet att diskutera med både professionella och andra föräldrar. Oftast är gruppverksamheten ett erbjudande till förstagångsföräldrar under barnets första levnadsår. Ämnen som berörs är relaterade till livsstil och hälsa, som kosthållning, sömnbehov och barnens utveckling. Sådan gruppverksamhet menade barnsjuksköterskorna ger möjlighet till informationsspridning och dialog med föräldrar. Det ges också tillfälle för föräldrarna att träffa andra familjer och dela erfarenheter. Barnsjuksköterskorna berättade också att föräldragrupsverksamheten ofta är det som prioriteras bort, när det skall sparas i verksamheterna, trots att de snarare upplever ett behov av föräldragrupsverksamhet för fler än bara spädbarnsföräldrar.

Jag ser ju utifrån vad jag jobbar med på barnavårdscentralen att det hade med fördel kunna varit föräldrautbildning... eh... gärna med fokus på generella teman kanske, åtminstone i starten men också kanske utifrån behov och barnets olika faser /.../ det är i olika faser man hade vart i behov för råd och liksom mer på sådan generell basis och av förebyggande karakter för bara för att utbilda föräldrar för det är många osäkra föräldrar, speciellt de som är första gångs föräldrar, de vet icke hur de skall göra ting och kraven är stora från samhället på att vara perfekt och vällyckat. (Norge FP 4)

Utöver bemötande och reflektion samt kost och motion berördes rökning och rökfrihet i några få samtal samt samtal om hygien och förhindring av smittspridning. En barnsjuksköterska beskrev hur hon upplevde rökning bland småbarnsföräldrar som ett problem i det område, där hon är verksam och nämnde speciellt att hon upplevde skillnad från det område hon arbetade i tidigare. I det nuvarande området träffar hon fler familjer i socialt

utsatta situationer. Hygien beskrevs som ett angeläget hälsoarbete för personalen vid förskolorna för att minska de vardagliga smittsjukdomar som förkylningar och magsjuka, som det ofta är problem med vid förskolorna. I relation till föräldrarna beskrevs vikten av att föräldrar är välinformerade om smittotid och smittvägar och vikten av att stanna hemma med sina barn tillräckligt länge för att förhindra smittspridning. I några fall förekom samarbete rörande hygien mellan barnhälsovård och förskola.

Diskussion

De professionella, förskolepedagoger och BVC sjuksköterskor, som deltog i studien, hade olika ålder och olika lång yrkeserfarenhet, de flesta dock fem år eller mer. Samtliga var kvinnor. Det framkom tydligt hos de som hade lång arbetserfarenhet att de upplevde att barnfamiljer har en stressigare vardag än tidigare. Många beskrev även hur föräldrarna upplevs osäkra i sin föräldraroll och att de gärna söker stöd hos förskolepersonalen, när de möts i kapprummet. Det framkom i intervjuerna med förskolepedagogerna att de som arbetar i de länder där mat serveras på förskolan ansåg sig ha mer möjlighet att påverka barnens kosthållning. I samråd med föräldrar verkar en del förändringar ha gjorts de senaste åren för att barnen skall serveras en hälsosam kost under förskoledagen, först och främst i form av minskning av sockerutbud. I de länder, där barnen har med sig matlåda till förskolan beskrev förskolepedagogerna hur förvänsamt många skickar med sina barn näringsfattig mat i form av ljust bröd och söta drycker.

Barnsjuksköterskorna i samtliga nordiska länderna beskrev hur kontakten med föräldrar minskar allt eftersom barnen blir äldre. Det innebär mindre möjligheter till hälsofrämjande arbete riktat till familjer med barn i åldern tre till fem år. Inget utbud verkar finnas för gruppverksamhet riktad till denna åldersgrupp. Det är ofta just när barnen är i den åldern båda föräldrar har börjat arbeta heltid igen efter avslutad föräldraledighet. Samtidigt genomgår barnen många intensiva perioder i sin utveckling och behöver mycket stöd och omsorg. Det är inte orimligt att anta att föräldrar behöver stöd i den perioden lika mycket som under barnens första år.

Gemensamt för båda grupper professionella oavsett i vilket land de är verksamma var att de upplevde sina resurser begränsade för att fungera som det optimala stödet för föräldrar.

De slutsatser som kan dras av diskussionerna med både föräldrar och professionella i alla de nordiska länderna är att förskolan kan ses som en lämplig arena för hälsofrämjande arbete. På förskolan tillbringar många av Nordens barn stor del av sitt vardagsliv och på många förskolor pågår det redan en del hälsofrämjande arbete. Däremot skulle förskolan kunna användas bättre i det familjeinriktade hälsofrämjande arbetet, som idag till största delen istället bedrivs i barnhälsovården. På förskolan sker de dagliga mötena med barnens föräldrar mitt i vardagslivet, medan barnhälsovården möter familjerna oftast enbart i samband med hälsokontroller och vaccinationer. Föräldrar vänder sig till förskolepedagoger med vardagliga funderingar kring barnens välbefinnande, men många förskolepedagoger upplever sig inte tillräckligt utrustade med resurser för att bemöta detta behov. Några förskolepedagoger beskrev även hur de upplever sig i en gråzon i detta avseende, deras roll är att bedriva en pedagogisk omsorg om barnen och det svårt att värdera hur mycket föräldrastöd det skall innebära.

Det framkom att samarbete finns mellan barnhälsovård och förskoleverksamhet i alla de kommuner som deltog i intervjustudien vad avser barn och familjer med speciell problematik och i vissa fall då det gäller hygien och förhindring av smittspridning. Däremot förekommer samarbete i liten utsträckning då det gäller annat hälsofrämjande arbete. Ur ett hälsofrämjande perspektiv vore ett mer aktivt samarbete mellan barnhälsovård och förskoleverksamhet riktat till föräldrar med barn i åldern tre till fem år önskvärt.

Kommentar till intervjuerna

Intervjuerna speglar en traditionell syn av vad man menar är en hälsofrämjande livsstil. Det kan också vara en spegling av vad som framförs i samhället. Intervjuerna har gjorts per telefon och det är svårt att få till en djupare diskussion. Det är möjligt att fokusgruppdiskussioner hade gett ett rikare material. Men på grund av praktiska, tidsmässiga och av ekonomiska skäl valdes telefonintervju.

Referenser

Bowling, A. (2001). *Research methods in health. Investigating health and health services*. London: Open University Press.

norden

Nordiska ministerrådet

Ved Stranden 18
DK-1061 København K
www.norden.org

Nordiska Livsstilsverkstan

Nordiska Livsstilsverkstan har utvecklats i ett projekt finansierat av Nordiska Ministerrådet. Livsstilsverkstans huvudsyfte är att deltagarna skall skaffa sig kunskap om och förståelse av samband mellan livsstil och hälsa, hur det påverkar den egna, barnets och familjens hälsa samt att de reflekterar över hur man kan omsätta denna kunskap i praktiken. En förhoppning är att kunskapen skall föras över till barnen så att de på egen hand kan göra hälsofrämjande livsstilsval. Arbetet i Nordiska Livsstilsverkstan bygger på samverkan mellan sektorer; familjen, förskolan, hälsoväsendet, barnavårdscentraler, familjecentraler och forskare.

I denna rapport beskrivs utvecklingen av Nordiska Livsstilsverkstan, teoretisk bakgrund till hälsofrämjande arbete samt en sammanställning av lagstiftning, föräldrastödsprogram och dokument rörande hälsofrämjande arbete med barn i samtliga nordiska länder.

TemaNord 2013:503
ISBN 978-92-893-2461-8

ISBN 978-92-893-2461-8

9 789289 324618