
INDHOLD

Forord	3
Kapitel 1 Indledning	4
Rapportens disponering	6
Kapitel 2 Konklusion og anbefalinger	8
Kapitel 3 Officielle anbefalinger for ernæring, mad og måltider	10
Kapitel 4 Skolebørns kostvaner	12
Næringsstoffer	12
Mad	14
Måltider	15
Socioøkonomiske forhold	17
Kostvaner og forskellige typer sundhedsadfærd	18
Sammendrag	18
Kapitel 5 Maden og måltiderne i skoler og fritidsinstitutioner – rammer, vilkår og muligheder	19
Betydninger af og erfaringer med mad og måltider	19
Vilkår og rammer for mad og måltider	20
Sammendrag	26
Kapitel 6 Sundhed og trivsel i relation til mad og måltider	27
Trivsel i skolen – og det at klare skolens udfordringer	27
Kortsigtede sundhedsproblemer og usunde kostvaner	29
Langsigtede effekter af usunde kostvaner i barn- og ungdom	34
Sammendrag	36
Kapitel 7 Hvordan kan sunde mad- og måltidskulturer udvikles i skoler og fritidsinstitutioner	37
Faktorer der har betydning for at udvikle mad- og måltidsvaner	38
Handlekompetence og sundhedsfremme	44
Sammendrag	46
Referencer	47

Forord

Mad og måltider har afgørende betydning for børn og unges trivsel og sundhed aktuelt og i forhold til deres sundhed og sygdom og dermed livskvalitet senere i livet. Mad og måltider handler ikke kun om næringsstoffer og sunde fødevarer, men også om gode måltider, kulinariske oplevelser og sociale samværsformer.

Sundhedsministeriet har gennem de senere år prioriteret børn og unges kostvaner højt, og som det fremgår af regeringens folkesundhedsprogram fra maj 1999, står grundskolen som en af de centrale arenaer for dette arbejde. Sundhedsstyrelsens indsats på området udmønter sig primært i initiativet Børn, Mad & Måltider, som denne publikation er en del af.

Formålet med denne publikation er at inspirere skoler og institutioner til at udvikle deres praksis omkring mad og måltider og dermed forbedre børn og unges muligheder for at spise sundt og have gode måltidskulturer. Publikationen indeholder sundhedsfaglig dokumentation, som kan indgå i arbejdet med mad og måltiders prioritering og vilkår. Det har også været et mål for publikationen, at centrale myndigheder og forskere formulerer fælles anbefalinger og er enige om, hvad der vurderes som vigtigt i relation til skolebørns mad og måltider.

Publikationen er tænkt som et baggrundsmateriale og et redskab for skoler og institutioner i deres arbejde med mad og måltider, og der lægges op til, at man kan finde svar på en række af de spørgsmål, som måtte opstå i forbindelse med det lokale arbejde med at udvikle og vedtage politikker for mad og måltider.

Publikationen er skrevet til sundhedsplejersker, kommunallæger, tandlæger, hjemkundskabslærere og lærere, der underviser i sundhedsfag, pædagoger, skoleledere, skolebestyrelser og andre voksne, der beskæftiger sig med børn og unges mad og måltider. Den primære målgruppe for publikationen er således sundhedsprofessionelle og andre voksne med professionel interesse inden for dette felt.

I juni 1999 nedsatte Sundhedsstyrelsen en arbejdsgruppe, der fik til opgave at bistå Sundhedsstyrelsen med at samle sundhedsfaglig dokumentation for kommende indsats i skoler og på fritidsinstitutioner samt udarbejde en række anbefalinger, som kan indgå i skoler og institutioners arbejde med mad og måltider f.eks. i arbejdet med at udvikle lokale mad- og måltidspolitikker. Arbejdsgruppen består af:

Lektor, ph.d. Jette Benn, Danmarks Pædagogiske Universitet.

Lektor, læge Pernille Due, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Professor Lars Iversen, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Professor Kim Fleischer Michaelsen, Forskningsinstitut for Human Ernæring, Landbohøjskolen.

Cand.brom. Ellen Trolle, Fødevarerdirektoratet.

Projektleder, MPH Ida Husby, Sundhedsstyrelsen, formand for arbejdsgruppen.

Publikationen er forfattet af Ida Husby med bidrag fra arbejdsgruppen.

Arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen opfordrer skoler og fritidsinstitutioner til at debattere og vedtage en plan eller en politik for maden og måltiderne. Det er håbet, at man kan hente dokumentation og inspiration hertil i denne publikation samt i publikationerne *"Mad og måltider som en del af skolens hverdag. En sociokulturel undersøgelse af grundskolers erfaringer med mad- og måltidsordninger"*, *"Mad og måltider i grundskoler og fritidsinstitutioner, hvordan ser det ud? En landsdækkende spørgeskemaundersøgelse af vilkår og rammer for mad og måltider"* samt på Børn, Mad & Måltiders websted, www.spisesiden.dk, hvor man kan hente viden, erfaringer og inspiration fra skoler og institutioner rundt i landet.

Sundhedsstyrelsen
Oktober 2000

Indledning

Intentionen med denne rapport er at give svar på nogle af de spørgsmål, som kan stilles, når emnet er skolebørns sundhed i relation til mad og måltider. Rapporten kan betragtes som baggrundsdocumentation, som kan anvendes, når skoler og institutioner har initiativer, som kan støtte og styrke skoleelever i at udvikle sunde og gode mad- og måltidskulturer. Rapporten bygger på videnskabelige studier og artikler om kostvaner, om sammenhængen mellem sundhed og sygdom i forhold til mad og måltider, og om viden om faktorer, som har indflydelse på kostvaner. Der er således inddraget erfaringer, beskrivende og analytiske epidemiologiske undersøgelser, sociokulturelle undersøgelser og analyser samt studier og artikler, der har rod i det pædagogiske og psykologiske felt. I arbejdet med at understøtte skoleelevers sundhed og trivsel må indgangsvinklen være tværfaglig.

Verdenssundhedsorganisationen WHO vægter i politikker og strategier for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse (WHO, 1998), at lokalsamfundet og de berørte aktører aktivt skal indgå i et partnerskab og i fællesskab finde frem til, hvordan sundheden kan fremmes. En tværfaglig og tværsektoriel indsats, der både styrker den enkelte og det kollektive, er således centrale målsætninger for WHO. I Sundhedsstyrelsens initiativ Børn, Mad & Måltider er der taget udgangspunkt i WHO's anbefalinger og strategier. Ideen med denne rapport er således ikke at anvise, hvordan skoler og institutioner skal eller kan implementere de anbefalinger, som findes bagest i rapporten. Der findes nemlig ikke én måde hertil. Metoden og målene må udvikles i et samarbejde mellem de lokale aktører. Og der må tages udgangspunkt i den kultur, som findes på skolen eller institutionen. Der må fokuseres på de særlige forhold, der findes dér, f.eks. om der er grupper med særlige behov f.eks. indvandrere eller børn, som er socialt udsatte. Det kan også være nødvendigt at etablere en differentieret model, der tager højde for forskellige ønsker og behov. Denne rapport kan forhåbentlig være med til at give et sundhedsfagligt bidrag til arbejdet.

Sundhed, mad og måltider har flere berøringsflader i forhold til hverdagen i skolen. Sundhed, mad og måltider hører formelt til i faget hjemkundskab og i sundhedsundervisningen, hvor emnerne eksplicit er nævnt i de centrale færdigheds- og kundskabsmål. Mad og måltider er en central del af vores kultur og et vigtigt livsområde, som børn og unge også må kvalificeres til at kunne mestre. I loven om folkeskolen (Lov nr. 561 af 25. juni 1997. Undervisningsministeriet) fremgår, at skolens hovedopgave består i at fremme elevernes tilegnelse af kundskaber, færdigheder, arbejdsmetoder og udtryksformer, der medvirker til den enkeltes elevs alsidige udvikling. Skolens opgaver er ikke kun at kvalificere til et uddannelses- og arbejdsliv, men der er også dannelsesopgaver i forhold til et familie- og samfundsliv (Benn, 1998). Derudover spiser og drikker skoleelever, lærere og andre ansatte i løbet af en skoledag. Lærerne kan f.eks. som andre voksne på arbejdsmarkedet have en frokostpause og mindre kaffepauser om formiddagen og om eftermiddagen. Eleverne har også deres måltider og spisefrikvarter. Disse spisefrikvarter lever på ca. halvdelen af danske grundskoler op til navnet og er et kvarter, hvor man har fri fra undervisningen for at spise. Maden og måltiderne har en meget konkret betydning for livet i skolen, nemlig at elever og andre får mad og drikke, så de ikke er sultne. I en madkultur som den danske er det svært at leve op til de officielle anbefalinger, hvis man ikke spiser i løbet af dagtimerne.

I skoler og på fritidsinstitutioner er der en lang række aktører, som direkte eller indirekte har opgaver i forbindelse med mad og måltider. I det tværministerielle folkesundhedsprogram står der, at ”skolebestyrelsen, lærere, elever og forældre inddrages i udformningen af sundhedspolitikken”

(Sundhedsministeriet, 1999). I forhold til mad- og måltidspolitikker omhandler denne gruppe eksempelvis også pædagoger, den kommunale tandpleje, den kommunale sundhedstjeneste, lokale detailhandlende og idrætsklubber. Alle disse kan inddrages i arbejdet.

I ”Lov om forebyggende sundhedsforanstaltninger for børn og unge” (Nr. 438 af 14. juni 1995, Sundhedsministeriet) fremgår, at kommuner og amter skal tilrettelægge forebyggende sundhedsordninger ”som kan bidrage til at sikre børn og unge en sund opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværelse”. Kommunerne pålægges at oprette tværfaglige grupper for at tilgodese børn og unge med særlige behov. Virkemidlerne kan omfatte foranstaltningerne over for børnene og deres miljø, oplysning og vejledning samt tilsyn.

I det danske netværk af sundhedsfremmende skoler, hvor 10 amter samt mange enkelte skoler deltager, arbejdes der også med mad og måltider. Netværkets initiativer har begrebet handlekompetence som omdrejningspunkt. I det danske Sund By Netværk er mad og måltider samt fysisk aktivitet i skolen et af de prioriterede temaer for de kommende fem år.

Tiltag i andre lande

Det er ikke kun i Danmark, at der er fokus på, at man investerer i børn og unges sundhed og trivsel i forhold til mad og måltider. WHO har i samarbejde med EU og Europarådet udarbejdet forslag til, hvordan man kan fremme sunde kostvaner blandt europæiske børn og unge (WHO m.fl., 1999). I USA har en gruppe ernæringseksperter udarbejdet ”Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating” (Baranowski m.fl., 1997). Også i de nordiske lande har man målrettet arbejdet for at forbedre skoleelevers kostvaner. F.eks. har Statens Råd for Ernæring og Fysisk Aktivitet (tidl. Statens Ernæringsråd) i Norge udarbejdet retningslinier for mad og måltider i skolen samt iværksat en række initiativer med det formål at fremme sunde kostvaner blandt skoleelever (Klepp m.fl., 1998). I Finland er det ligesom i Sverige lovpligtigt, at kommunerne tilbyder børn i grundskolen et gratis måltid mad. Derudover er der i Finland også centrale retningslinier for, hvordan måltider i skolen forvaltes (Pedagogiske Institutionen, Umeå Universitet, 1999).

Rapportens disponering

Denne rapport er disponeret således, at *kapitel 2* indeholder konklusion og anbefalinger samt de problemer, som arbejdsgruppen anser for de væsentligste udfordringer i arbejdet med at fremme sundhed og forebygge sygdom i relation til mad og måltider. I grundskolen og på fritidsinstitutioner er der særlige forhold, som kan indgå i politikker og i arbejdet, når der ønskes at investere i børns sundhed. Disse er formuleret som en række anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen og arbejdsgruppen opfordrer skoler og fritidsinstitutioner til at inddrage i deres arbejde.

De officielle anbefalinger for mad og måltider gennemgås i *kapitel 3*. De officielle næringsstof-rekommendationer er udviklet i fælles nordisk regi, mens de mere konkrete og levnedsmiddelrelaterede kostråd er danske – men de er stærkt inspireret af kostråd fra andre lande.

I *kapitel 4* søges besvaret spørgsmålet om, hvad danske skoleelever spiser. Der inddrages undersøgelser, der behandler næringsstoffer, levnedsmidler og måltider. Endvidere berøres data, som omhandler sociale forskelle i kostvaner. I *kapitel 5* beskrives de rammer og vilkår, der er for mad og måltider i skoler og fritidsinstitutioner. Rammer for at kunne have en sund hverdag er et meget

centralt tema i det tværministerielle folkesundhedsprogram fra 1999 (Sundhedsministeriet, 1999). Men der er ikke mange undersøgelser, der belyser disse forhold. Kapitlet bygger på undersøgelser gennemført af Benn (1996) og Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 1999 og Marosi, 2000).

Sammenhængen mellem sygdom, sundhed og trivsel i forhold til mad- og måltidsvaner gennemgås i *kapitel 6*. Der tages udgangspunkt i et bredt trivselsbegreb, som også inkluderer en almen følelse af velvære. I kapitlet indgår således også – selvom man kan diskutere om dette tema hører til her – en diskussion af, hvorvidt mad og måltider har sammenhæng til skoleelevers muligheder for at klare skolens udfordringer, samt om mad og måltider har betydning for kognition og indlæring. Endelig rummer kapitlet en gennemgang af, hvordan børns mad og måltider på kort og langt sigt kan have betydning for sundhed og livskvalitet.

Endelig følger *kapitel 7*, hvor der præsenteres en række artikler og studier, som alle beskæftiger sig med, hvordan man kan påvirke eller støtte og styrke børn og unge i at leve sundt. Artiklerne afspejler forskellige videnskabelige traditioner, hvor nogle er fokuserede på indtag af forskellige typer levnedsmidler og konkrete barrierer for at spise sundt. Perspektivet er typisk forebyggelse af sygdomme. En anden videnskabelig tradition har mere fokus på sundhedsfremme og dermed på, hvordan børn og unge også bliver kompetente til at vælge og handle til gavn for egen og andres sundhed. I kapitlet indgår en beskrivelse af folkeskolens opgaver i forhold til faget hjemkundskab og sundhedsundervisning, her er begrebet handlekompetence centralt.

Konklusion og anbefalinger

Mad og måltider har betydning for børn og unges trivsel og sundhed aktuelt og i forhold til sundhed og forebyggelse af sygdomme på længere sigt. Maden og måltiderne er et felt både for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

Sundhedsfremme defineres i denne sammenhæng som en proces, som sætter børn, unge og voksne, der beskæftiger sig med børn og unges mad og måltider i stand til at øge kontrollen over og styrke deres sundhed. Denne proces indebærer både, at den enkelte og grupper er motiverede og har viden og engagement til at handle, og den indebærer, at omgivelserne f.eks. rammer, miljø og vilkår kan understøtte dem i at træffe sunde valg. I begrebet sundhedsfremme indgår både undervisning/oplysning og strukturelle tiltag. Det sundhedsfremmende arbejde lægger op til et tværsektorielt samarbejde, hvor forældre, børn og unge, lærere, skoleledelse, sundhedspersonale og andre lokale aktører f.eks. detailhandel og idrætsledere i fællesskab arbejder for at støtte og styrke børn og unge, så de trives og får overskud til at have et liv med høj livskvalitet.

Med sygdomsforebyggelse menes, at det med udgangspunkt i mad og måltider er muligt at forebygge en række kostrelaterede sygdomme som f.eks. caries, sukkersyge, kræft, hjerte-kar-sygdomme og fedme. Nogle af disse sygdomme viser sig allerede i barn- og ungdommen, mens andre først kommer senere i livet.

Erfaringer viser, at mad og måltider giver mulighed for at øge børn og unges trivsel, så de har lettere ved at klare skolens udfordringer. Endelig er det sociale samvær ved måltiderne centralt for vores kulturelle arv og for, om man har et socialt tilhørsforhold. At springe måltider over kan således være et tegn på, at man vælger et socialt fællesskab fra.

De sundhedsmæssige problemer og udfordringer omfatter ifølge arbejdsgruppen:

- Uregelmæssigt måltidsmønster med måltider, der springes over, og der spises meget usund mad mellem måltiderne.
- Et højt sukkerindtag fra bl.a. slik, sodavand og saftvand.
- Et højt indtag af mættet fedt bl.a. fra fede mejeriprodukter.
- Et lavt indtag af frugt og grønt.

Arbejdsgruppen finder det vigtigt, at skoler, fritidsinstitutioner og andre steder, hvor børn og unge færdes, prioriterer maden og måltider og støtter børn og unge i at udvikle sunde og gode madkulturer. Børn og unges mad- og måltidsvaner påvirkes af en række faktorer, som bør indgå i en kommende indsats. Det drejer sig om:

- Madens tilgængelighed og præsentation, herunder mulighed for at få eller købe mad og drikke samt opbevaring af mad- og drikkevarer.
- Børn og unges smag og præferencer for sund mad.
- Viden og handlekompetence.
- Praktiske færdigheder.
- De fysiske rammer omkring måltiderne.
- Det sociale miljø omkring måltiderne.

Derudover er det vigtigt at tage udgangspunkt i børnenes og de unges forskellige oplevelser ved at spise forskellige slags mad. Mad og måltider er ikke kun næring, men handler også om identitet og socialt tilhørsforhold.

Arbejdsgruppen opfordrer skoler og fritidsinstitutioner til at lægge en plan eller formulere en politik for mad og måltider. På den måde kan skoler, institutioner, forældre, elever og andre aktører i lokalmiljøet beslutte, hvordan mad og måltider skal prioriteres, og hvordan man ønsker at støtte og styrke børn og unge i at udvikle sunde og gode mad- og måltidskulturer. En mad- og måltidspolitik bør løbende revideres og udvikles, i takt med at der kommer nye ønsker og behov fra børn, unge, skoler eller andre aktører.

Anbefalinger til en mad- og måltidspolitik

Måltiderne

- Mad og måltider skal være en integreret og prioriteret del af skoler og fritidsinstitutioners hverdag.
- Skoler og fritidsinstitutioner må give skoleelever mulighed for at spise et mellemmåltid om formiddagen, frokost og et mellemmåltid om eftermiddagen. Hvis der er behov for det, må der også være mulighed for at spise morgenmad.
- Måltider tager tid – 20 minutter er ikke for meget til frokosten. Afsæt gerne 30 minutter eller mere.
- Vær opmærksom på at spiselokalets indretning og atmosfære har betydning for, hvordan måltiderne opleves.
- At voksne er til stede og spiser sammen med børnene har stor betydning for børns oplevelse af måltidets kvaliteter. Børn under 13 år bør have selskab af en voksen ved måltiderne.
- Måltiderne skal tilgodese børns forskellige behov. Måltiderne er også sociale samlingspunkter, hvor der udvikles samværsformer, som kan fremme trivslen.

Mad og drikke

- Skoleelever bør have adgang til at få eller købe sund og velsmagende mad i skoler og fritidsinstitutioner.
- Skoleelever bør have adgang til at kunne få eller købe skummet- og letmælk samt frugt og grønt – gerne forskellige slags. Koldt drikkevand bør være let tilgængeligt hele dagen.
- Slik og sodavand bør begrænses og forbeholdes særlige lejligheder.
- Mad opbevares bedst køligt. Hvis der ikke er mulighed for at opbevare madpakker i køleskab, må forældrene orienteres herom.

Mad- og måltidspolitik

- Børn og unges trivsel og sundhed kan støttes og styrkes med udgangspunkt i mad og måltider. Skoler og fritidsinstitutioner opfordres til at udarbejde en plan eller en politik for, hvordan arbejdet med mad og måltider prioriteres.
- Børn, unge, forældre, lærere, skoleledelse, den kommunale tandpleje og sundhedstjeneste og andre aktører i lokalmiljøet (f.eks. detailhandlen og fritidsforeninger) kan inddrages i arbejdet.
- Politikker og planer bør løbende tages op til debat og udvikling.
- Politikker og planer for mad og måltider kan også inddrage temaer som økologi, bæredygtighed, fødevarer kvalitet og fysisk aktivitet.

Officielle anbefalinger for ernæring, mad og måltider

Anbefalinger for, hvordan man kan sammensætte sund kost, er formuleret i ”De 7 kostråd”. Disse kostråd er udarbejdet på baggrund af de officielle næringsstofsanbefalinger (Nordiske Næringsstofsrekommendationer (NNR), Sandström m.fl., 1996). NNR angiver ernæringsmæssige retningslinier for planlægning af en kost, som dækker de primære behov for næringsstoffer og energi. Dermed opfyldes fysiologiske krav for vækst og funktion og samtidig gives forudsætning for et generelt godt helbred, hvor risikoen for kostrelaterede sygdomme nedsættes. Rekommandationerne omhandler primært næringsstoffer og berører et anbefalet måltidsmønster. Med hensyn til levnedsmidler er der ingen fælles nordiske anbefalinger, men Fødevaredirektoratet har bl.a. i samarbejde med andre organisationer udviklet en række mængdeanbefalinger f.eks. for frugt- og grøntindtag.

De nordiske næringsstofsrekommendationer kan anvendes til at planlægge og vurdere kost for befolkningsgrupper over en tidsperiode f.eks. en uge, og de kan danne grundlag for levnedsmiddel- og ernæringspolitikker, undervisning og oplysning. Anbefalingerne gælder for raske voksne og børn over tre år. Da børn er i vækst og bevæger sig meget, er energi- og næringsstofbehovet pr. kg legemsvægt højere end for andre grupper. I rekommandationen for tilsat raffineret sukker sidestilles børn således med småtspisende voksne. Rekommandationerne er fastsat med en sikkerhedsmargin, og der vil være individuelle variationer, hvilket betyder, at nogle personer godt kan indtage under anbefalingerne, uden at en mangelsituation opstår, men samme indtag kan give problemer for andre.

De syv kostråd

- Spis meget brød og gryn
- Spis frugt og mange grønsager hver dag
- Spis kartofler, ris eller pasta hver dag
- Spis ofte fisk og fiskepålæg – vælg forskellige slags
- Vælg mælkeprodukter og ost med lavt fedtindhold
- Vælg kød og pålæg med lavt fedtindhold
- Brug kun lidt smør, margarine og olie – og spar i øvrigt på sukker og salt

(Forbrugerinformationen, 1999)

For næringsstoffer lyder anbefalingen, at maks. 30% af energien må komme fra fedt, hvoraf 10 E% er fra hårdt fedt (mættet fedt og transfedtsyrer), 10-15 E% fra Cis-enkeltumættet fedt og 5-10 E% fra flerumættet fedt.

Anbefalingen for kulhydrat er 55-60 E%. For kostfiber gælder et indtag på 25-35 gram dagligt svarende til 3 gram pr. MJ. Raffineret sukker må maks. udgøre 10 E% for børn og småtspisende voksne. Proteinanbefalingen er 10-15 E%.

Selve kosten kan sammensættes på mange forskellige måder med mange forskellige kombinationer af levnedsmidler. De enkelte nordiske lande har, men ikke i samarbejde, ligesom andre lande søgt at omsætte næringsstofrekommendationerne til levnedsmidler. Kostcirkler, madpyramider og tallerkenmodeller er alle måder at visualisere, hvordan kosten kan sammensættes.

I Danmark er man nået frem til anbefalinger for, hvor meget man dagligt bør spise af forskellige levnedsmiddelgrupper.

Frugt og grønt: 400 gram for børn i alderen 4-10 år og 600 gram for alle over 10 år (Trolle m.fl., 1998). I pjecer og anden information anvendes sloganet ”6 om dagen – spis mere frugt og grønt”, da man her går ud fra, at et stykke/en enhed frugt og grønt vejer ca. 100 gram.

Mælk og mejeriprodukter: En mængde på ½ liter mager mælk og/eller andet mejeriprodukt og 25 gram ost anses for et passende dagligt indtag (Levnedsmiddelstyrelsen, 1994).

Brød og andre kornprodukter: Anbefalingen er ikke så præcis for denne levnedsmiddelgruppe, den lyder ”spis mere brød, helst groft - gerne det dobbelte af, hvad der spises i dag” (Levnedsmiddelstyrelsen, 1988).

Fisk: Der er mængdeanbefalinger, som siger, at man bør spise 300 gram fisk om ugen. Det anbefales også, at man spiser forskellige slags fisk (Ovesen, 1996).

Med inspiration fra den samfundsvidenskabelige ernæringsforskning er der nu større opmærksomhed på måltider og måltidsstrukturer. Befolkningen tænker ikke på næringsstoffer, men på mad og måltider – maden og måltiderne symboliserer og er af betydning for trivsel og identitet. Måltiderne konstituerer en madkultur og en opløsning i måltidskulturer, hvor man skipper nogle måltider, kan have konsekvenser for næringsstofindtaget. Eksempelvis ses i de to danske landsdækkende kostundersøgelser, at det varme måltid bidrager mest med grønsager. De senere år er måltider også blevet sat sammen med trivsel, koncentration og skolepræstationer. I de nye amerikanske anbefalinger tales nu om portionsstørrelser og måltider. I de officielle nordiske anbefalinger lyder, at man dagligt bør spise tre hovedmåltider og to til tre mellemmåltider.

Anbefalinger for mad og måltider hænger i vid udstrækning sammen med det fysiske aktivitetsniveau. Denne kobling mellem kost og fysisk aktivitet prioriteres højt i mange sammenhænge. Man kan se, at de, der spiser sundt, også ofte er fysisk aktive, ligesom det ses, at både fysisk aktivitet og sund kost forebygger de store folkesygdomme som hjerte-kar-sygdomme, sukkersyge, kræft og fedme. De, der er fysisk aktive, spiser mere og risikoen for, at de får for lidt af næringsstofferne, er derfor også mindre. Den generelle anbefaling for fysisk aktivitet lyder, at voksne skal røre sig mindst en halv time dagligt, mens det for børn handler om mindst en time dagligt.

Skolebørns kostvaner

Når man beskæftiger sig med mad og måltider i relation til sundhed, er der flere niveauer at arbejde på. Data om næringsstoffer fortæller om den ernæringsmæssige kvalitet af kosten og kan dermed afdække biomedicinske forhold ved mad og sundhed. Data om levnedsmidler indeholder oplysninger om, hvad der spises. Disse oplysninger siger også noget om den ernæringsmæssige kvalitet. Indtag af f.eks. frugt og grønt afdækker noget om kostens sammensætning, som data om næringsstoffer ikke nødvendigvis kan afdække. Oplysninger om måltider omhandler organiseringen af spisningen og viser både noget om, hvad der typisk spises, men også om i hvilke sammenhænge maden spises og dermed om sociale relationer.

Næringsstoffer

Ligesom for resten af befolkningen er energifordelingen ikke optimal i børns kost.

Fedt

I Fødevarerdirektoratets landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 (Andersen m.fl., 1996) ses, at fedtet i kosten udgør 37% af energien for voksne, mens det udgør 35 E% for børn i alderen 1-14 år. Børn har et relativt højere indtag af mættet fedt. Forklaringen på dette er, at børn spiser flere mejeriprodukter og dermed også mere mælkefedt end voksne. I mælkefedt er 2/3 af fedtsyrerne mættede. At drikke og spise magre mælkeprodukter som skummet-, kærne- og letmælk samt produkter produceret heraf er en måde, som både sikrer indtaget af gode indholdsstoffer som f.eks. calcium og samtidig reducerer indtaget af mættet fedt.

Et højt indtag af mættet fedt kan øge risikoen for at udvikle hjertesygdom, som også kan ramme yngre voksne. En kost med højt indhold af mættet fedt er ligesom tobaksrygning og fysisk inaktivitet faktorer, der øger risikoen for hjerte-kar-sygdomme. Mængden af fedt i kosten og fedtsyresammensætningen har stor betydning, idet mættede fedtsyrer og transfedtsyrer forhøjer blodets indhold af kolesterol, og mængden af umættede fedtsyrer sænker kolesterolniveauet. Kostens indhold af kolesterol spiller også en rolle, men i praksis har det mindre betydning.

Sukker

Børn og unge spiser også relativt mere kulhydrat i form af tilsat raffineret sukker end de voksne. I gennemsnit udgør tilsat sukker for voksenbefolkningen 54 gram svarende til 9,1 E%, hvor det for børn i alderen 1-6 år er 53 gram svarende til 12,8 E%, mens sukker for børn i alderen 7-14 år udgør 79 gram dagligt svarende til 13,8 E%. Tilsat sukker defineres som renfremstillede sukkerarter hovedsageligt sakkarose. Det vurderes, at ca. 75% af danske børn har et sukkerindtag over anbefalingerne (Lyhne og Ovesen, 1999).

Figur 1.

Hvor kommer sukkeret i børnenes kost fra

Slik, is, kager m.v.	54%
Frugtsaft, marmelade m.v.	23%
Sodavand og læskedrikke	15%
Andet	8%

Fødevaredirektoratets landsdækkende kostundersøgelse (Andersen m.fl., 1996).

Med hensyn til mikronæringsstoffer ses, at det gennemsnitlige indtag af jern, jod og vitamin D ikke når de anbefalede mængder. Også kostfiberindholdet i børnenes kost er for lavt. I to supplerende analyser af den landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 med 983 piger og drenge i alderen 4-14 år (Lyhne, 1998) og 377 piger og drenge i alderen 7-10 år (Banke Rasmussen m.fl., 1998) ses, at næringsstoftætheden falder signifikant med stigende mængde tilsat sukker for samtlige mikronæringsstoffer og kostfiber. For jern, selen og vitamin D, hvor den gennemsnitlige tilførsel er under det anbefalede niveau, bliver tilførslen mindre ved højere sukkerindtag, og f.eks. vitamin E, folat og zink kommer under det anbefalede, når sukkerindholdet er højt. Selv med et lavt sukkerindtag (under 8 E%) er det anbefalede kostfiberindtag ikke opfyldt, og fiberindtaget falder med stigende mængde indtaget sukker.

Populært kan man sige, at sukker fortynder kosten. Sukker og sukkerholdige levnedsmidler fylder op for andre og sunde levnedsmidler. Det betyder, at børn og unge ikke spiser nok mad, der indeholder vitaminer og mineraler. Et stort sukkerforbrug kan således ses som en barriere for at udvikle sunde kostvaner.

I en landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 (Lyhne og Ovesen, 1998) var der en mindre gruppe af børnene, der havde et meget højt sukkerindtag. Det er sandsynligt, at sukkerindtaget i kostregistreringen hos børn er underrapporteret, da børn godt ved, at store mængder søde sager ikke er acceptabelt. Det er derfor sandsynligt, at der er mindre grupper børn, der har et meget stort sukkerindtag, der ikke giver meget plads til en varieret kost. Dette problem er måske ikke så stort, hvis det drejer sig om meget fysisk aktive børn, der dyrker idræt, da de har et meget stort samlet energiindtag og dermed får et rimeligt indtag af andre levnedsmidler. Hvis et stort sukkerindtag derimod er forbundet med begrænset fysisk aktivitet, er risikoen for, at børnene ikke får dækket deres behov for andre næringsstoffer, betydeligt større.

Det kan se ud til, at høje sukkerindtag og stærke præferencer for sukker er noget, der hører barndommen til. Man ved dog ikke, om et højt indtag i barndommen øger risikoen for et højt forbrug senere i livet. Og om børn og unge, der kommer fra kulturer med høje slik- og sodavandsindtag, vil fastholde disse vaner.

Det er vigtigt at forholde sig til de nuværende anbefalinger og til trenden med stigende slik- og sodavandsforbrug. Man kan gøre det lettere for børn og unge at få velsmagende alternativer til de sukkerholdige produkter. Man kan også søge at skabe kulturer og vaner, hvor sukkerholdige produkter ikke er så eftertragtede.

Mad

I en række undersøgelser er der spurgt til indtaget af levnedsmidler og hvor ofte, disse spises. Sådanne frekvensundersøgelser viser ikke noget om, hvor meget der spises af de enkelte levnedsmidler.

Statens Institut for Folkesundhed (tidl. DIKE) viser i en undersøgelse af gymnasie- og HF-elevs sundhedsvaner (Nielsen, 1998) f.eks., at kun 35% af de deltagende drenge og kun 41% af pigerne dagligt spiser grønsager, og kun 37% drenge og kun 54% piger spiser dagligt frugt. Disse tal er interessante i relation til, at samme undersøgelse viser, at med hensyn til f.eks. frugt svarer 25% af drengene og 54% af pigerne "Jeg prøver meget" på spørgsmålet "I hvor høj grad gør du følgende af hensyn til dit helbred?", hvilket må tolkes, som at deltagerne har intentioner om at spise sundt. Her er det vigtigt at huske, at kostvaner ikke kun kan relateres til sundhedsadfærd, da kostvaner ikke altid bygger på bevidste intentioner i relation til sundhed, men er en måde at vise sit kulturelle tilhørsforhold.

I udskolingsundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed (Petersen m.fl., 2000), som omfatter skoleelever i alderen 14-16 år i 1996-97, ses, at 32% af de deltagende drenge og 39% af pigerne dagligt spiser grønsager, 36% drenge og 54% piger spiser dagligt frugt, og henholdsvis 23% og 12% drikker dagligt cola/sodavand.

I den danske del af WHO's undersøgelse Health Behaviour in School-aged Children ses f.eks., at andelen af deltagerne, der dagligt spiser frugt og grønt, er faldende (Rasmussen, Due og Holstein, 2000). I 1988 spiste 75% af pigerne og 77% af drengene dagligt frugt, hvor det i 1998 var 58% og 48%. Andelen, der dagligt spiser grønsager, er faldet fra 68% piger og 70% drenge i 1988 til 49% piger og 41% drenge i 1998. En udvikling, der er interessant, da man bl.a. i kraft af ernæringskampagner og øget vidensniveau om sund kost ser en urealistisk optimisme og overrapportering af frugt- og grøntindtag (Brug m.fl., 1996).

Den landsdækkende kostundersøgelse fra Fødevarerdirektoratet (Andersen m.fl., 1996) viser, at piger og drenge i alderen 7-14 år i gennemsnit pr. dag spiser henholdsvis 121 og 110 gram frugt og frugtprodukter (ekskl. juice og saftkoncentrat) og henholdsvis 104 og 97 gram grønsager (ekskl. kartofler). De 10% børn, der spiser mindst, har et indtag, der er væsentlig lavere end gennemsnittet, nemlig 21 gram frugt (ekskl. juice og saftkoncentrat) og 36 gram grønsager (ekskl. kartofler). Den anbefalede mængde frugt og grønt (ekskl. kartofler) stiger ved 10-års alderen fra 400 gram til 600 gram dagligt. Blandt de 7-10-årige er der ca. 18%, der spiser 400 gram grønt og frugt (incl. juice og saftkoncentrat) eller mere. Blandt de 11-14-årige er der kun 20%, der spiser 400 gram frugt og grønt eller mere. Kun 1% når op på de anbefalede 600 gram (Trolle, 2000).

Figur 2.

Børns indtag af frugt og grønt									
Alder	<i>Frugt, gram pr. dag</i>			<i>Grønt, gram pr. dag</i>			<i>Frugt og grønt + juice, gram pr. dag</i>		
	Piger	Drenge	Alle	Piger	Drenge	Alle	Piger	Drenge	Alle
1-3 år	121	114	117	68	58	63	239	232	236
4-6 år	118	114	116	80	82	81	253	272	263
7-10 år	118	116	117	105	100	102	294	295	284
11-14 år	123	103	113	105	93	99	302	277	289
<i>Fødevederedirektoratets landsdækkende kostundersøgelse, 1995 (Trolle, 2000).</i>									

Det er vigtigt at spise meget frugt og grønt, da de er gode kilder til en række næringsstoffer og samtidig ikke indeholder meget fedt. Frugt og grønt indeholder kostfiber, mineraler, folat og antioxidanter som bl.a. vitamin A, C og E. Disse stoffer kan forebygge forskellige sygdomme bl.a. kræft (Trolle m.fl., 1998).

Måltider

Fødevederedirektoratets landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 (Fagt, 1998) viser, at 88% af børn i alderen 1-14 år spiser morgenmad dagligt mod 83% af de voksne. 68% af børnene spiser dagligt frokost og 90% seks eller syv gange om ugen. 85% spiser aftensmad dagligt og 98% seks eller syv gange om ugen.

I udskolingsundersøgelsen (Petersen m.fl., 2000) ses, at langt de fleste elever dagligt spiser morgenmad, frokost og aftensmad, og at især drengene spiser alle tre hovedmåltider. Tre fjerdedele af eleverne spiser morgenmad hver dag, og næsten lige så mange spiser dagligt frokost.

Figur 3.

Hvilke måltider spiser eleverne			
<i>14-16-årige drenge og piger</i>	<i>Morgenmad</i>	<i>Frokost</i>	<i>Aftensmad</i>
Dagligt	74%	72%	93%
3-4 dage om ugen	10%	18%	5%
1-2 dage om ugen	7%	6%	1%
Sjældent eller aldrig	9%	4%	1%
<i>Baseret på elevernes egne oplysninger. (Petersen m.fl., 2000)</i>			

Gymnasieundersøgelsen fra Statens Institut for Folkesundhed (Nielsen, 1998) viser, at 69% dagligt spiste morgenmad, 77% frokost og 89% aftensmad. Mens 15% spiste morgenmad en gang om ugen eller sjældnere, 4% frokost en gang om ugen eller sjældnere, og 1% sprang aftensmaden over seks gange om ugen eller mere. Pigerne spiste i mindre grad end drengene morgenmad.

Måltider kan defineres som sociale og kulturelle situationer, der er karakteriseret ved et eller flere af følgende træk: de falder på regelmæssige tidspunkter, indeholder levnedsmidler i bestemte mønstre og indtages i et fællesskab på særlige steder.

(Haastrup, 1990)

I en telefoninterviewundersøgelse rekvireret af Nordisk Kelloggs ses, at 12% af de voksne deltagere sprang morgenmaden over en tilfældig dag, og at 20% af de 13-18 årige gjorde det (AC Nielsen AIM, 1997). En spørgeskemaundersøgelse også gennemført for Nordisk Kelloggs (1998) stillede spørgsmålet om, hvor ofte børnene normalt spiser morgenmad. Af de knap 900 deltagende børn på 5.-9. klassetrin svarer 75% hver dag, 13% svarer 4-6 gange om ugen, mens 1% aldrig spiser morgenmad. Særlig de ældste piger springer morgenmaden over. 59% af børnene angiver at spise frokost hver dag, 26% 4-6 gange om ugen og 2% aldrig. Også her er det de ældste elever, der springer frokosten over (47% for elever i 8. klasse). Undersøgelsen viser, at 53% af de børn, der ikke spiser morgenmad hver dag, heller ikke får frokost hver dag.

Hjerteforeningen og Hjemkundskabslærerforeningen (1994) gennemførte en undersøgelse af skoleelevers vaner med hensyn til morgenmad og madpakker. Heraf fremgår, at 6,5% af eleverne ofte eller altid møder op i skolen uden at have spist morgenmad. 18% har aldrig eller kun sjældent madpakke med.

I Socialforskningsinstituttets undersøgelse "Ansvar og værdier. En undersøgelse i børnefamilier" (Pruzan, 1999) er spurgt til madpakker og frokostmåltidet. Her svarer 79% af de 10-15 årige, at de plejer at have madpakke med, mens 21% svarer nej. Der er ingen forskel på piger og drenge, men det er tydeligt, at andelen, der plejer at have madpakke med, daler med stigende alder. Der er en vis social slagside, idet 74% af de ufaglærtes børn plejer at have madpakke med, mens det samme gælder for over 80% af de børn, hvis far har en erhvervsuddannelse. Børn af forældre, der står uden for arbejdsmarkedet, har sjældnere madpakke med end gennemsnittet, mens børn af faglærte arbejdere og funktionærer oftere end gennemsnittet har madpakke med. Børn af enlige har i større udstrækning end andre børn heller ikke madpakke med i skole. Som begrundelse for, at børnene ikke har mad med, svarer 35% af de 21%, som ikke har mad med, at de får frokost på en anden måde f.eks. ved at købe mad på eller ved skolen. Men 25% siger også, at de ikke kan lide madpakker, ligesom 21% svarer, at de ikke er sulten til frokost.

I samme undersøgelse fra Socialforskningsinstituttet er forældrene også blevet spurgt om hvem, de mener, har ansvaret for børnenes mad. En meget stor del af forældrene (87%) mener, at forældrene har et stort ansvar for børnenes kost i løbet af skoledagen. Og halvdelen mener samtidig, at det ville være ønskeligt, at børnene havde mulighed for at købe mad på skolen.

Figur 4.

Fordelingen af energi over dagens måltider		
	<i>1-6 år</i>	<i>7-14 år</i>
Morgenmad	20%	18%
Frokost	21%	21%
Aftensmad	30%	32%
Mellemmåltider	28%	30%

Fødevaredirektoratets landsdækkende kostundersøgelse, 1995 (Fagt m.fl., 1998).

Aftenmåltidet er det fedeste. For de 1-6-årige bidrager fedtet med 41% af energien, for de 7-14-årige med 39%. Mellemmåltiderne er de mest kulhydratholdige med 63% henholdsvis 59% af energien, hvor 26% og 27% af energien kommer fra tilsat sukker. De landsdækkende kostundersøgelser i 1985 og 1995 viser begge, at det varme måltid bidrager mest med grønsager.

Når institutionskøkkener f.eks. døgninstitutioner og sygehuse planlægger dagens måltider, bruges følgende tommelfingerregel for, hvor meget energi de enkelte måltider bidrager med:

- Morgenmad: 20-25% af energien
- Formiddagsmåltid: 5-10% af energien
- Frokost: 25-30% af energien
- Eftermiddagsmåltid: 5-10% af energien
- Aftensmad: 20-25% af energien
- Aftensmåltid: 5-10% af energien.

(Petersen og Ovesen, 1999)

Socioøkonomiske forhold

Der foreligger få data om danske børn, hvor næringsstofdata er relateret til socioøkonomiske forhold, særlig livsstil eller sundhedsadfærd eller andre sociologiske parametre. Derfor kan man endnu ikke på baggrund af store og validerede danske kostundersøgelser beskrive og udpege særlig risikogrupper eller -adfærd. I foreløbige analyser fra Fødevaredirektoratets kostundersøgelse fra 1995 (Groth, 2000) ses, at der ikke er så store forskelle i børns kostvaner, og at de forskelle, der ses, er størst for indtaget af grønsager (ekskl. kartofler). Forskellene slår tydeligst igennem, når man ser på uddannelsesniveaet hos den forældre, der er interviewet (oftest barnets mor). Analyserne viser f.eks., at børn, hvis forældre har en lang uddannelse, spiser mere frugt end de børn, hvis forældre har en kort eller ingen uddannelse. Med hensyn til grønsager er indtaget højest hos de børn, hvis forældre har en lang uddannelse eller er højere funktionærer.

I de danske data fra WHO-undersøgelsen (Holstein og Due, 1998) ses, at unge fra højere socialgrupper spiser mere af det sunde end unge fra lavere socialgrupper. De gode kostvaner er stærkt

knyttet til familier med høj social status, til social integration og til god skoletrivsel. Mens de dårlige kostvaner er stærkt knyttet til familier med lav social status, til social isolation og til ringe skoletrivsel. Også Socialforskningsinstituttets undersøgelse om ansvar mm. viser en social slagside med hensyn til, om børnene har madpakke med i skole eller ej (Pruzan, 1999). Og i en svensk undersøgelse (Hoglund m.fl., 1998) finder man, at unge fra områder med høj socioøkonomisk status oftere spiser morgenmad og frokost, samt at drengene også oftere spiser aftensmad sammenlignet med unge fra et område med lav socioøkonomisk status.

Kostvaner og forskellige typer sundhedsadfærd

I en række studier ses, at forskellige typer sundhedsadfærd klumper sig sammen. Der sker en clustering. Denne sammenklumpning omfatter to eller flere dimensioner omfattende en sundhedsfremmende adfærd, en afhængighedsskabende adfærd og måske en risikosøgende adfærd.

På baggrund af data fra WHO's undersøgelse om sundhedsadfærd blandt børn i skolealderen i Wales og Norge (Nutbeam m.fl., 1989) findes sammenhænge mellem "sund mad" og "at kunne lide skolen" og "at have let ved at tale med sin mor". Mens rygere i mindre udstrækning kan lide skolen, ikke har så let ved at tale med moren, men derimod har lettere ved at tale med venner.

Norske data fra samme undersøgelse viser, at sundhedsadfærd giver sig til udtryk i to modsatrettede dimensioner (Thuen m.fl., 1992). Den sikkerhedssøgende adfærd viser f.eks. for de 15-årige en orientering mod bl.a. fysisk aktivitet, tandbørstning, sund mad og en negativ sammenhæng til rygning og alkohol. Omvendt har den risikosøgende adfærd en orientering mod rygning, alkohol og også fysisk aktivitet. Man kan sige, at børn og unges livsstil også viser sig i deres sundhedsadfærd.

Man skal dog være påpasselig med at fokusere meget på denne sammenklumpning af sundhedsadfærd og huske på, at den udelukkende beskriver forskellige typer sundhedsadfærd, og at der ikke er tale om egentlige forklaringer. Kostvaner er meget komplekse og afspejler mange sociokulturelle forhold og er langt mere end en sundhedsadfærd.

Sammendrag

Danske skolebørns kostvaner lever ikke op til de officielle anbefalinger. Man kan se, at børn og unges kostvaner adskiller sig fra de voksne danskere ved, at børnene har et større sukkerindtag. Arbejdsgruppen vurderer, at man i de kommende år må rette opmærksomheden på følgende faktorer, som kan have betydning for skolebørns sundhed og trivsel:

- Et uregelmæssigt måltidsmønster med måltider, der springes over, og at der spises meget usund mad mellem måltiderne. Samtidig kan det at springe måltider over ses som et tegn på, at man fravælger det sociale samvær omkring måltiderne.
- Et højt sukkerindtag fra slik, sodavand og saftevand.
- Et højt indtag af mættet fedt bl.a. fra fede mejeriprodukter.
- Et lavt indtag af frugt og grønt.

Maden og måltiderne i skoler og fritidsinstitutioner – rammer, vilkår og muligheder

Mad og måltider er langt mere end ernæring og kostplaner. Mad og måltider handler også om identitet og om sociale fællesskaber. Fysiologisk er der meget vide rammer for hvilken kost, der kan dække de fysiologiske behov. Det, vi spiser, er i høj grad kulturelt betinget. Hvad vi spiser, er styret af et kompliceret net af påvirkninger fra vore omgivelser, kulturelle normer og forestillinger samt vores personlige livshistorie. Man kan skelne mellem påvirkninger af mad- og måltidsvaner på fire samfundsmæssige niveauer (Holm, 1991).

Det **første** niveau angår udviklingen i den samfundsmæssige produktion og distribution, som har betydning for hvilke levnedsmidler, der udbydes og til hvilken pris. Det **andet** niveau omhandler hverdagslivets organisering, som har betydning for de rammer, der sættes for maden og måltiderne. Det gælder bl.a. tid til madlavning og indkøb, tidsrytmer for arbejds- og skoleliv, fritidsaktiviteter, transport og åbnings- og lukketider og i en skolesammenhæng f.eks. tid til spisepauser. Hverdagslivets kultur og bevidsthed indgår som et **tredje** niveau og omhandler, hvordan kostvaner styres af kulturelle regler om, hvad mad er, og hvordan måltider struktureres. Hverdagskulturen har også betydning for vaner og kulturer i forskellige grupper i befolkningen. Mad og måltider er med til at markere identitet og livsstil. Det sidste og **fjerde** niveau angår mad og subjektivitet, som refererer til, at mad er forbundet med det enkelte menneskes identitet, dets individualitet og fornemmelse for det sociale. Og at mad er kilde til tilfredsstillelse af lyst og begær. At afstå fra mad og fra måltider kan således være en bekræftelse på selvdisciplin, kontrol og magt over egen krop, ligesom det kan være en måde at fravælge socialt samvær.

I vores samfund er mad således mere end et middel til at blive mæt og få dækket en række fysiologiske behov. Maden er også knyttet til det enkelte menneskes identitet, individualitet og fornemmelse for det sociale. Det er tydeligt for det spæde barn, hvor maden er tæt forbundet med lyst, samhørighed, nærhed og kontakt. Senere er maden og måltiderne en central platform for familiens og institutioners liv; det er her barnet bliver præsenteret for en lang række kulturelle normer, og for hvordan man indgår i sammenhænge med andre mennesker. Nogle samfundsforskere siger ligefrem, at det er omkring måltidet, at familien er familie. Mens der også ses tendenser, hvor mad og spisning bliver frigjort fra traditionelle normer og i stigende grad individualiseres. Mad kan fås og spises døgnet rundt også uden for de hjemlige eller institutionelle rammer. Maden og måltiderne er symbolbærere, der kan vise noget om underliggende sociale relationer i familier og andre grupper, om identitet og om gruppetilhørsforhold (Holm og Iversen, 1997).

Måltidet kan således også betragtes som et sted, hvor man viser, hvor man hører til – eller ikke hører til – ligesom måltidet er et sted for social samvær, etablering og fastholdelse af nære netværk, og hvor man er en del af et fællesskab.

Betydninger af og erfaringer med mad og måltider

Danske skoler og fritidsinstitutioner prioriterer og lægger noget forskelligt i mad og måltider. Sundhedsstyrelsen gennemførte i 1999 en kvalitativ undersøgelse af mad og måltider i skolen for at

belyse og diskutere nogle af de betydninger, måltidet kan have i skolen (Sundhedsstyrelsen, 1999). Danske elevers skolekost er stadig præget af en tradition med medbragte madpakker, men madpakker betyder ikke nødvendigvis, at man har et fælles måltid. Madpakker kan dog gøres til betydningsfulde sociale anliggender, men er det ikke automatisk. For at finde frem til, hvilke muligheder der også ligger i måltiderne på skolerne, blev skoler med gode og anderledes erfaringer med skolemåltider inddraget. I undersøgelsen indgik skolens egne aktører f.eks. elever på forskellige klassetrin, lærere, skoleledere, køkkenpersonale, sundhedspersonale og servicemedarbejdere. Endvidere blev forældre, kommunale embedsmænd og fødevareleverandører inddraget.

Skoler – i denne sammenhæng skoler med velfungerende madtilbud og måltider – har meget forskellige modeller og erfaringer med mad og måltider. På baggrund af denne undersøgelse opstilles tre prototyper med hver deres særlige karakteristika. Typene afspejler ikke skoleprojekterne på direkte vis, men tegner nogle muligheder for mad og måltider som en integreret del af skolens kultur og hverdag. Typene kan eventuelt anvendes som inspiration, når andre skoler ønsker at udvikle eller etablere en madordning og en måltidskultur.

Den første prototype, som kan betegnes **det liberale serviceprojekt**, omfatter måltidsordninger, der har en klar forretningsmæssig profil. Ud over at tilbyde eleverne mad og måltider er formålet centreret om at sikre en stabil omsætning på markedslignende vilkår. Eleverne er brugere af tilbudet og har ikke ansvar for organisering eller afvikling af ordningen.

Skolens måltidsordning kan alternativt have karakter af **et pædagogisk dannelsesprojekt**, hvor omdrejningspunktet er de læringsmæssige elementer, som mad og måltider rummer. Eleverne indruges derfor aktivt i organisering og afvikling af projektet, som betragtes som en proces, hvor igennem forskellige kompetencer opøves. Det drejer sig bl.a. om mad- og måltidskundskaber, samarbejdsevne og organisationstalent.

Endelig kan skolens mad og måltider tage form af **et socialt velfærdsprojekt**. Formålet er her at modvirke social ulighed i sundhed gennem en større, typisk kommunal ordning, der giver eleverne mulighed for at gøre brug af et ensartet og sundt tilbud. Eleverne er brugere af tilbudet, der med stærk organisering og stordriftsfordele har mulighed for at fastholde en klar ernæringsrigtig profil.

Men der er også fællestræk i måltidsordningerne på de undersøgte skoler. Skolerne leverer et madtilbud, samtidig med at de formår at etablere stimulerende og attraktive måltider. Derudover bærer samtlige ordninger i undersøgelsen præg af, at eleverne skal have mulighed for at vælge mellem forskellige alternativer. Skolerne betragter stadig børns mad og kostvaner som familiens ansvarsfelt, og ser således deres tilbud som et supplement til madpakken. Men ved at prioritere mad og måltider ønsker skolerne at tage et medansvar for elevernes kostvaner. Skolerne søger at integrere mad og måltiderne i skolernes øvrige opgaver og i skolekulturen.

Vilkår og rammer for mad og måltider

Rammer og vilkår for mad og måltider giver børn og unge en række muligheder eller begrænsninger for at spise og have et socialt samvær omkring måltiderne. Hvordan disse rammer og vilkår er, viser, hvordan området prioriteres, og dermed hvordan skoler, institutioner og andre organisationer opfatter området. Eller med andre ord om man ser det som værende vigtigt, at man spiser, og at man udvikler en kultur og omgangsformer omkring måltiderne. I Danmark er der gennemført to

landsdækkende spørgeskemaundersøgelse om rammer og vilkår for mad og måltider i grundskolen. Den første blev gennemført som en repræsentativ undersøgelse i 1988 (Benn, 1996). Mens den anden landsdækkende undersøgelse fra 1999 omfatter udsendelse af spørgeskemaer til samtlige grundskoler samt til alle fritidshjem og skolefritidsordninger (SFO) (Marosi, 2000).

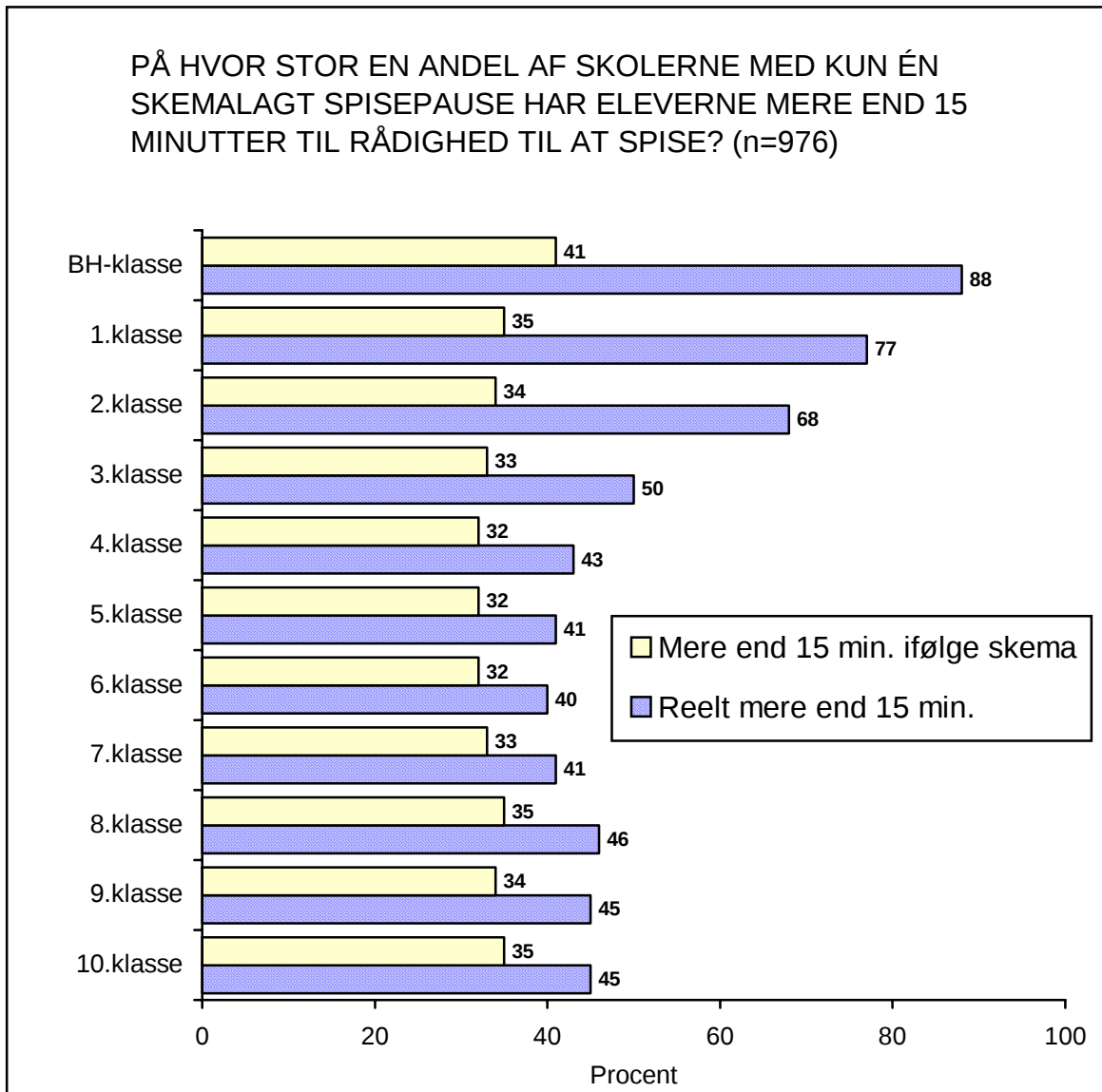
Undersøgelsen fra 1988 omfatter 450 spørgeskemaer udsendt til et repræsentativt udsnit af danske grundskoler. Svarprocenten var 83. Derudover fik 201 kommuner et særligt spørgeskema, her var besvarelsesprocenten 92. Endelig havde 40 elevråd mulighed for at besvare et mindre spørgeskema, men kun halvdelen returnerede skemaet. I undersøgelsen fra 1988 ses, at spisepausen på danske skoler kan være organiseret og tilrettelagt på mange forskellige måder. Det generelle billede var, at der ikke er nogen egentlig målsætning fra kommunal side vedrørende skolens mad og måltider, det var op til skolerne selv at forvalte dette område.

Med hensyn til **tid til spisning** gives børnehaveklassebørnene mest tid, nemlig i gennemsnit 17 minutter, men allerede i 1. klasse skæres tiden ned til 16 minutter, og kortest er tiden med knap 15 minutter i 5.-7. klasse. Herefter stiger tiden til 15-16 minutter for de ældste klassetrin. 65% af skolerne havde i 1988 ikke **køleskab** til opbevaring af elevernes medbragte mad, mens kun 7% af skolerne har køleskab til alle klasser. I undersøgelsen findes **bod og/eller kantine** på 64% af skolerne, mens 22% ikke gav eleverne mulighed for at købe mad på skolens område. Langt de fleste elever spiste deres mad i eget **klasselokale**.

I undersøgelsen fra 1999 om rammer og vilkår for mad og måltider i skoler (Marosi, 2000) indgår 1500 skoler, hvilket betyder en deltagerprocent på 70.

På 67% af skolerne har eleverne **én spisepause** i løbet af skoledagen. På ca. to tredjedele af disse skoler har eleverne fra 1.-10. klasse 15 minutter eller mindre til at spise ifølge den afsatte tid på skemaet. For børnehaveklasser er andelen en smule lavere, men stadigvæk har over halvdelen maks. 15 minutter **skemalagt tid** at spise i. Ses der derimod på den **faktiske tid**, er der flere elever på hvert klassetrin, der har mere end 15 minutter til rådighed til frokostmåltidet. Men stadigvæk har mere end halvdelen af elever i 3. klasse og opefter maks. 15 minutter til at spise i.

Figur 1.



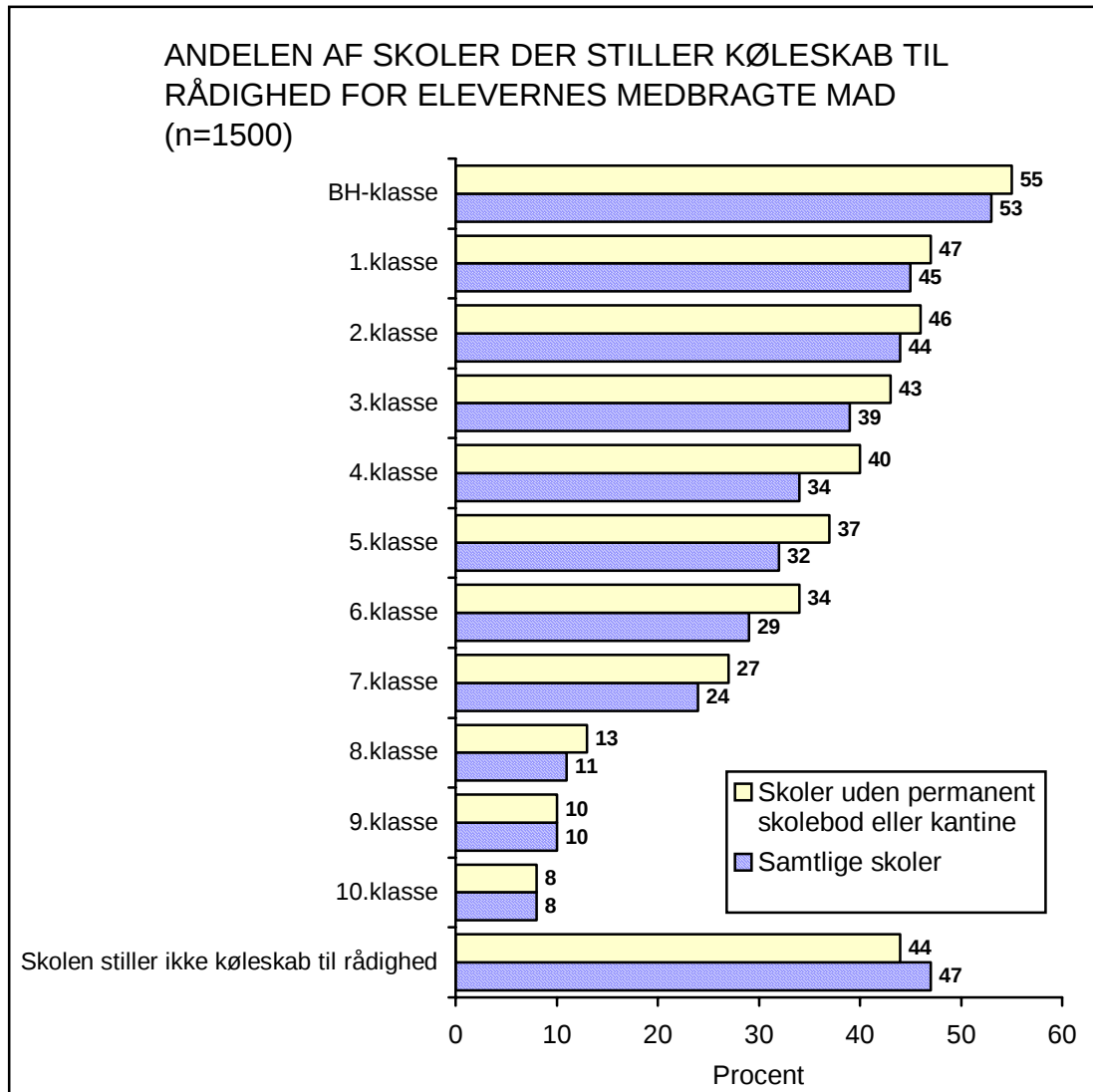
Kun hver femte skole har afsat 30 minutter eller mere skemalagt tid til spisning i børnehaveklasserne – hvilket svarer til en frokostpause for voksne på arbejdsmarkedet. Den faktiske tid til spisning er i gennemsnit 3-10 minutter længere end den skemalagte tid, hvilket kan tyde på, at der er behov for en revidering af spisepausens længde. Disse oplysninger tyder på, at skoler ikke formelt prioriterer spisepausen tilstrækkeligt højt, men alligevel uformelt søger at forbedre børnenes muligheder for at spise.

At **spise i klasselokalet** er stadig et vilkår for de fleste danske skolebørn. 90% af skolebørn fra børnehaveklasse til 7. klasse spiser i klasselokalet.

Skoleelever har stadig kun i begrænset omfang mulighed for at opbevare deres medbragte madpakker i **køleskab**. Kun på lidt over halvdelen af skolerne (53%) stiller skolen køleskab til rådighed for eleverne – og normalt kun til elever på de yngste klassetrin. På nogle skoler har forældre eller andre

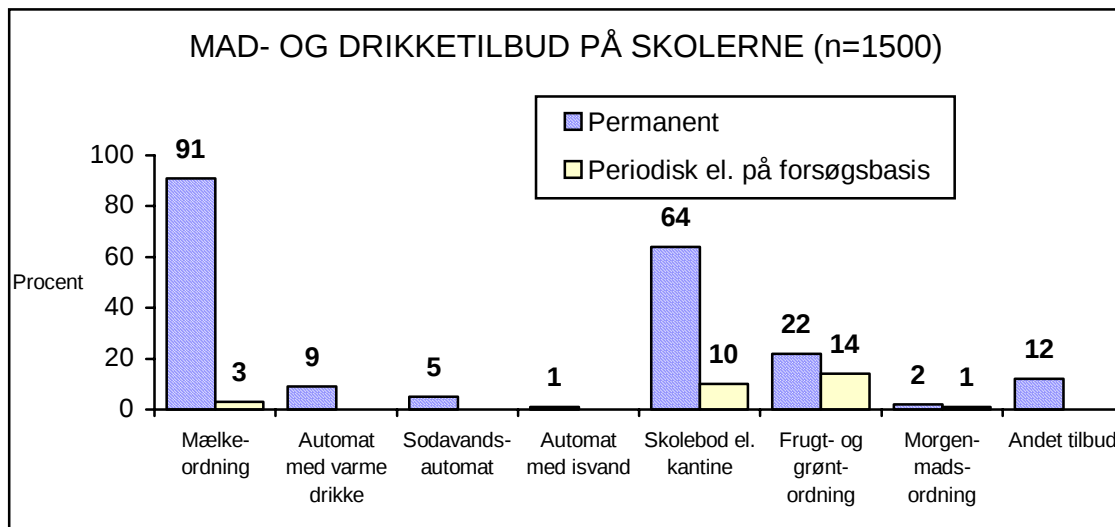
sørget for, at der er køleskabe. Men selv om man medregner disse køleskabe, har over halvdelen af landets skoleelever sandsynligvis ingen mulighed for at opbevare deres medbragte mad i køleskab.

Figur 2.



91% af skolerne har en eller anden permanent **mælkeordning**. Sodavandsautomater findes på 5% af samtlige skoler og oftest på store skoler, hvilket betyder, at 7% af alle elever har permanent adgang til sodavand. På i alt 10% af skolerne har eleverne adgang til at købe **sodavand** f.eks. i skolebøden, kantine eller fra en automat. Tilbud om en frugt- og grøntordning er langt fra så udbredt som mælkeordningen. Kun hver femte skole (22%) har et permanent tilbud, derudover har ca. hver syvende skole et periodisk tilbud.

Figur 3.



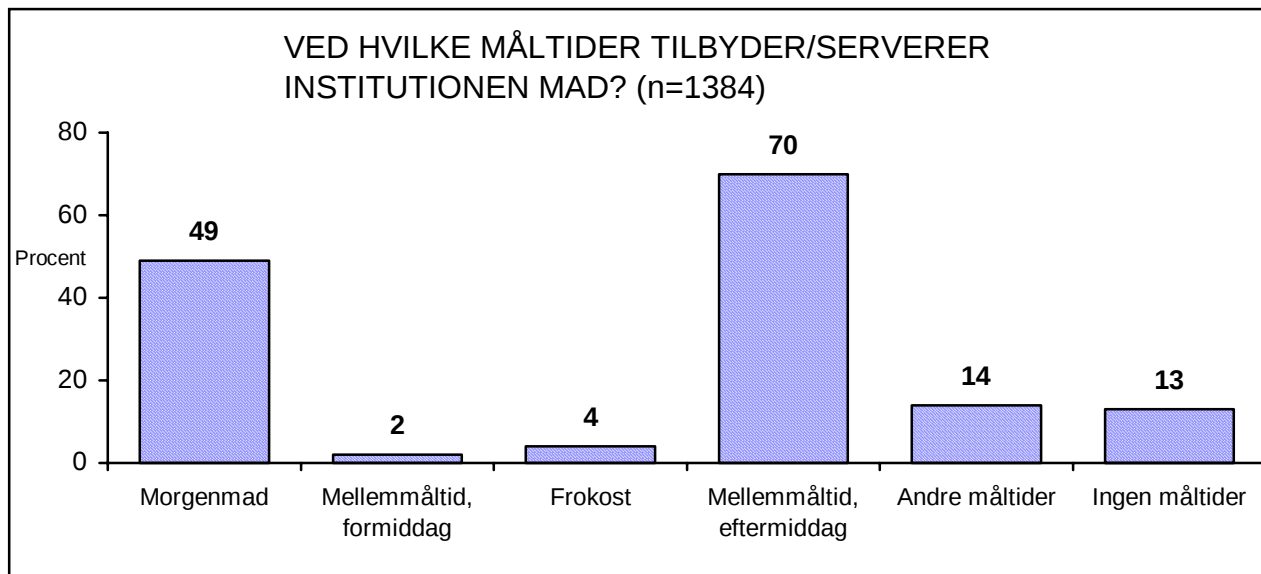
Som i undersøgelsen fra 1988 har 64% af skolerne en permanent **bod eller kantine**. Yderligere 10% af skolerne har i perioder en bod. Udbudet i bod og kantine kan variere, men den mest tilbudte vare er ”boller med eller uden pålæg”, som næsten kan bestå af hvad som helst. Rengjorte grønsager f.eks. gulerødder eller de bearbejdede former salat og råkost findes ikke særlig ofte på skolerne. Slik, mælkesnitte og lignende indgår oftere i boder og kantiners sortiment end henholdsvis grønsager, salat og råkost.

Som noget positivt er der på næsten hver tredje skole (32%) **ønsker om at ændre** udbudet af madvarer og på 34% af skolerne ønsker om at ændre rammerne for måltiderne. Mindre end 3% af skolerne har vedtaget en politik for mad og måltider (kostpolitik).

I undersøgelsen ses, at der er store regionale forskelle i Danmark – i særdeleshed mellem hovedstadsområdet og Jylland. Skoler i Jylland har f.eks. flere spisepauser, og flere skoler i København med forstæder har sodavandsautomater.

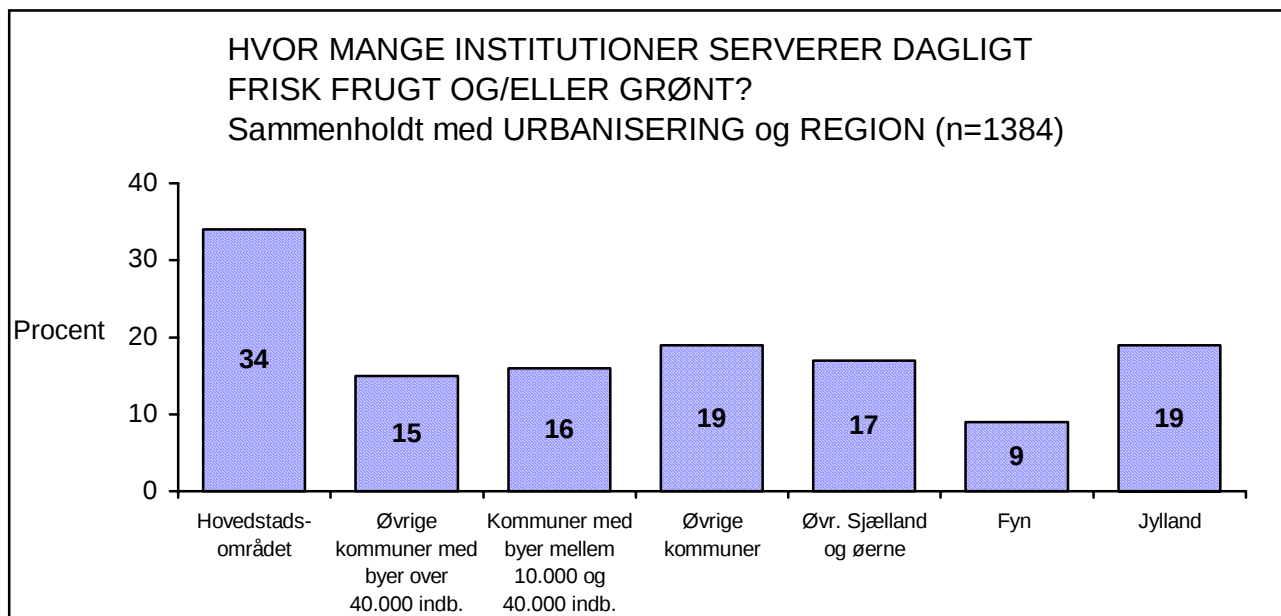
I den anden del af undersøgelsen fra 1999 indgår 1384 fritidsinstitutioner. På 70% af disse fritidsinstitutioner tilbydes et **eftermiddagsmåltid**. Det kan således for nogle børn i de 30% af institutionerne, der ikke tilbyder et eftermiddagsmåltid, være svært at leve op til de officielle anbefalinger, hvor en måltidsstruktur med tre hovedmåltider og to til tre mellemmåltider er ønskværdig ud fra en ernæringsfaglig vurdering (Sandström m.fl., 1996).

Figur 4.



På kun 22% af institutionerne serveres eller tilbydes dagligt frisk **frugt eller grønt**. På ingen af de deltagende fritidsinstitutioner var det muligt at købe **sodavand**, som blev forbeholdt særlige lejligheder. I de fritidsinstitutioner, hvor forældre er med til at planlægge arbejdet omkring mad og måltider, er der signifikant oftere frisk frugt og/eller grønt på den daglige menu end i institutioner, hvor forældre ikke er med. På kun 52 fritidsinstitutioner (4%) er der en nedskrevet **politik** med målsætninger for mad og måltider. Derimod har skolebestyrelsen, forældrebestyrelsen og/eller forældrerådet på lidt over hver fjerde institution (26%) inden for det sidste år diskuteret kostpolitik.

Figur 5.



Også i undersøgelsen af mad og måltider i fritidsinstitutionerne er der store regionale forskelle. Eksempelvis ses, at frugt og grønt serveres dagligt på flere institutioner i hovedstadsområdet (34%), hvor det kun sker for 19% af de jyske institutioner. På Fyn er andelen kun 9%.

Sammendrag

Mad og måltider er prioriteret meget forskelligt på danske skoler og i fritidsinstitutioner. Og på skoleområdet er der i forhold til spisepausens længde, antallet af boder og kantiner samt sted for måltidet ikke sket meget i perioden 1988-1999. Generelt kan man se, at der er forskel på den formelle skemalagte tid til spisepause i forhold til den tid, som reelt afsættes. Undersøgelser (Marosi, 2000) viser, at mad og måltider ikke er særlig højt prioriteret i de fleste danske skoler og fritidsinstitutioner.

I en sociokulturel undersøgelse af velfungerende mad- og måltidsordninger i danske grundskoler (Sundhedsstyrelsen, 1999) ses, at dette område kan angribes fra mange vinkler og med forskellige overordnede målsætninger. Undersøgelsen viser også, at det faktisk kan lade sig gøre at forbedre vilkår og rammer for mad og måltider samt det sociale miljø omkring måltiderne. Der kan i denne ikke repræsentative undersøgelse ses tre prototyper på måltidsordninger; det liberale serviceprojekt, det pædagogiske dannelsesprojekt og det sociale velfærdsprojekt.

Sundhed og trivsel i relation til mad og måltider

Verdenssundhedsorganisationen WHO definerede i 1947 sundhed således: "Sundhed er en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom". Sundhed betragtes ikke som et mål, men som en rettighed og en ressource. Det fremhæves også, at alle borgere i verden bør sikres et sundhedsniveau, som giver mulighed for et socialt og produktivt økonomisk liv.

I forhold til børn anvendes ofte i forbindelse med sundhed begrebet trivsel. Trivselsbegrebet er meget bredt, og det kan være svært at se, hvad det eksakt indeholder, og hvad forskellige personer og faggrupper lægger i begrebet (Mikkelsen og Munck, 1999). Det "at trives" siger noget om, at man har det godt – man er tilfreds og glad – og at det går godt, at man er aktiv og kan mestre udfordringer. I forbindelse med WHOs skolebørnsundersøgelse (HBSC), som er blevet gennemført fem gange i Danmark, indeholder trivselsbegrebet to dimensioner, nemlig 1) balancen mellem forventninger og det man opnår og 2) en almen følelse af velvære (Rasmussen m.fl., 2000). I WHO-undersøgelsen er der stærkest fokus på den sidstnævnte dimension. I dette kapitel gennemgås en række faktorer, som både har relation til mad og måltider og til børn og unges sundhed og trivsel på kort og lang sigt.

Trivsel i skolen – og det at klare skolens udfordringer

I forbindelse med ind- og udskolingsundersøgelserne, hvor børn i børnehaveklassen eller 1. klasse og inden skolegangens afslutning undersøges af kommunallægen, spørges til, hvordan børnene har det, og om de kan lide at gå i skole (Madsen, 1991, Petersen m.fl., 2000). Ud fra spørgsmål om grundstemning, selvtillid, tryghed i skolen og vurderet trivsel i skolen fremgår, at langt de fleste trives godt, når de begynder i skolen. I WHOs skolebørnsundersøgelse spørges ligeledes til, om elever i 5., 7. og 9. klasse kan lide at gå i skole. Langt de fleste elever synes, at det er rart at gå i skole. Men andelen af børn, der ikke kan lide at gå i skole, stiger fra femte, til syvende og til niende klasse. Og der ses store forskelle fra skole til skole (Rasmussen m.fl., 2000). Det ses også i denne undersøgelse, at hver tredje barn er meget glad for sit liv, og at der kun er få, som ikke er glade for deres liv. Der er få, som ofte eller altid føler sig hjælpeløse, udenfor eller ensomme – og det er blandt pigerne og de ældste, man især møder disse følelser (3%-10%).

Med hensyn til kropsopfattelse føler ca. en fjerdedel af drengene og en tredjedel til halvdelen af pigerne, at de er for tykke. Blandt de 13-15-årige piger er mere end 15% på slankekur, og mere end hver fjerde mener, at de burde være det (Rasmussen m.fl., 2000).

Man kan i forskellige undersøgelser se, at de børn, der f.eks. spiser morgenmad og frokost også er de børn, der bedst kan lide at gå i skole (f.eks. Nordlund og Jacobson, 1997). Der ses en sammenhæng, som ikke nødvendigvis forklarer forskellen. Der er ikke megen forskning omhandlende trivsel i relation til mad og måltider. Og slet ikke i forhold til, hvordan forskellig praksis for mad og måltider på skoler og i institutioner kan have betydning for børnenes trivsel og sundhed. Den forskning, der omhandler trivsel og mad og måltider drejer sig ikke om psykisk og social trivsel, men nærmere om kognition og indlæring.

Måltider og indlæring

I forhold til skolen som en dannelses- og undervisningsinstitution er det oplagt at se på, om der er en sammenhæng mellem måltider og koncentration og indlæring. Der foreligger en række internationale studier, som belyser sammenhængen mellem mad og måltider i forhold til koncentration og kognition. Derudover har en række skoler og institutioner gennemført en række forsøg med mad og måltider. Erfaringer herfra er ofte, at børnenes koncentration og udbytte af skoledagen er steget, når de f.eks. spiser et formiddagsmåltid. Disse forsøg er desværre ikke evalueret og vurderet af eksterne fagfolk.

I en artikel om morgenmad, kognition og læring i skolen sammenfattes en række evaluerede studier, hvoraf 15 omhandler skolebørn (Pollitt og Mathew, 1998). Konklusionen er, at man endnu ikke kan drage nogle definitive konklusioner på hverken kort- eller langtidseffekter på morgenmad i forhold til kognition og skolelæring. Det ser dog ud til, at det at springe morgenmaden over har betydning. Denne effekt er dog mere udtalt hos ernæringsmæssigt udsatte børn. Det at servere morgenmad på skolen havde også betydning for øget skolefremmøde.

I Sverige er morgenmadens størrelse undersøgt i forhold til trivsel og skolepræstationer (Wyan m.fl., 1997). 195 10-årige børn fik i en periode på fire dage serveret enten et energirigt eller et mindre energirigt morgenmåltid hjemme. For drengene bidrog de to slags morgenmad med henholdsvis 25% og 8% af det anbefalede daglige indtag, mens de for pigerne bidrog med 22% og 6%. De børn, som fik det store morgenmåltid, følte sig bedre tilpas, og de havde lettere ved at klare en række opgaver bl.a. omhandlende kreativitet.

I et israelsk studie (Vaisman m.fl., 1996) ses, at det at spise morgenmad to timer før skoledagens start ikke øger kognitive funktioner hos 11-13-årige børn, men at et ekstra morgenmåltid ca. 30 minutter før skoledagens start har betydning, hvilket formodentligt skal ses i sammenhæng med at blodglucoseniveauerne øges.

I en spørgeskemaundersøgelse blandt svenske skolebørn i alderen 14-16 år (Nordlund og Jacobson, 1997) viser det sig, at skoleelever, der ofte spiser morgenmad (3-5 gange om ugen eller mere) føler sig mere friske i skolen, er mindre trætte og har færre symptomer end elever, der sjældent eller aldrig spiser morgenmad. 37% af dem, der ikke eller sjældent spiser morgenmad, vurderer, at de har meget eller ganske svært ved at følge med i skolen, hvor tallet for dem, der ofte spiser morgenmad, er henholdsvis 22% for piger og 17% for drenge. Undersøgelsen viser også, at de elever, som sjældent eller aldrig spiser morgenmad, også i højere grad springer skolemåltidets hovedret over. Denne undersøgelse viser således en sammenhæng mellem morgenmad og skoletrivsel, men den forklarer ikke, om den manglende trivsel skyldes, at eleverne ikke spiser morgenmad eller om der er tale om et sammenfald mellem ikke at spise morgenmad og at trives dårligt f.eks. forårsaget af sociale faktorer.

Der er færre undersøgelser vedrørende frokostmåltidet, men i en række eksperimentelle undersøgelser ses et fald i mentale funktioner (det såkaldte post-lunch dip) ca. en time efter frokosten (Kanarak, 1997). Frokostens størrelse – og hvad man er vant til at spise – har betydning for faldet i mentale funktioner. F.eks. viser en undersøgelse om fedtindhold i relation til kognitiv formåen og humør, at deltagerne har længere reaktionstid, er mere søvnige, forvirrede og mindre glade efter at have spist et fedtfattigt eller fedtrigt måltid i forhold til et medium-fedt-medium-kulhydrat måltid.

På trods af at man kan blive træt efter frokosten, finder forskerne alligevel, at det er vigtigt at spise frokost, da frokosten er en vigtig leverandør af næringsstoffer.

At spise flere måltider i løbet af dagen – og følge de nordiske anbefalinger med tre hovedmåltider og to til tre mellemmåltider om dagen – ser ud til at have flere fordele både i forhold til den ernæringsmæssige kvalitet af den samlede dagskost og i forhold til trivsel og skolepræstationer.

Den personlige døgnrytme har betydning for, om man er sulten om morgenen. Er man ikke sulten, kan det være svært at spise noget. Nogle foreslår, at det er bedre at spise morgenmad senere, hvis man har en døgnrytme, hvor man ikke er sulten om morgenen (Lennernäs, 1999). I nogle lande og kulturer spises meget lidt morgenmad. Dette ser dog ikke ud til at have konsekvenser for sundhed og trivsel.

I forhold til en dansk skole- og institutionsdag kan det dog være uheldigt ikke at spise før efter skoletid. Men der findes ikke solid dokumentation for at anbefale noget bestemt. På baggrund af den eksisterende dokumentation, sund fornuft og erfaringer fra ikke evaluerede forsøg foreslås, at man støtter børn og unge i at spise et måltid først på dagen. En måde at håndtere dette på er at stå tidligt op og få tid til at vække appetitten og samtidig gøre morgenmåltidet attraktivt. Derudover kan skoler og institutioner give børn og unge mulighed for at spise et måltid mad inden skoledagens start, eller at der er tid og mulighed for at spise noget først på formiddagen. En spisepause kl. 9 eller kl.10 kan understøttes af, at skoleboden eller -kantine har et udbud med f.eks. havregryn, yoghurt med müsli, en sandwich med rugbrød eller en grovbolle i dette frikvarter. En ordning som et frugt-kvarter, hvor elever kan abonnere på frugt på tilsvarende måde som mælk, kan også være en mulighed for at sikre, at børn får noget sundt at spise i løbet af formiddagen.

Kortsigtede sundhedsproblemer og usunde kostvaner

Kostvanerne i barndommen kan have betydning for udvikling af egentlige sygdomme og sundhedsproblemer, som viser sig i barn- og ungdommen.

Overvægt og fedme

Internationalt er antallet af overvægtige og fede børn steget markant gennem de seneste årtier. Der er få oplysninger om udviklingen af forekomsten af fedme hos danske børn. Vi ved imidlertid, at for drenge i alderen 7-13 år født mellem 1930 og 1965 har det gennemsnitlige kropsmasseindeks eller body mass indeks (BMI) været konstant, men samtidig er andelen af overvægtige børn steget i denne periode. Sessionsdata viser, at fedme er relativ almindeligt, og at der er sket en stigning af overvægtige unge danske mænd (Sørensen HT. m.fl., 1997).

Fedme er en tilstand, hvor mængden af fedt i kroppen er forøget i en sådan grad, at det har konsekvenser for helbredet. Fedme kan klassificeres på basis af body mass indekset (BMI). BMI beregnes således: vægten (kg) divideret med højden (m) i anden potens ($BMI = \frac{\text{vægt (kg)}}{\text{højde}^2 (\text{m}^2)} = \text{kg/m}^2$).

Således har en person på 70 kg, som er 1,60 m høj følgende BMI: $70/1,60^2 = 27,3$. BMI kan kun anvendes i forhold til børn, hvis man sætter værdien i relation til alderen, da børns højde og kropssammensætning ændres med stigende alder.

For voksne gælder følgende klassifikation:

Undervægt: BMI < 18,5 kg/m²
 Normalvægt: BMI: 18,5-24,9 kg/m²
 Overvægt: BMI: 25 kg/m² - 29,9 kg/m²
 Fedme: BMI > 30 kg/m²

For børn kan – med en række forbehold – følgende klassifikation anvendes:

Overvægt: BMI ≥ 18 kg/m² for 5-7-årige
 BMI ≥ 25 kg/m² for 14-16-årige
 Fedme: BMI ≥ 19 kg/m² for 5-7-årige
 BMI ≥ 28 kg/m² for 14-16-årige

Man skal her være opmærksom på, at værdierne er sat højt, og at der er diskussion om, hvilke der bør anvendes. Der er ikke international konsensus i forhold til dette.

I en undersøgelse af store skoleelevers helbred og trivsel (Petersen m.fl., 2000) ses, at 6,9% af drengene og 8,5% af pigerne var overvægtige (jf. definitionen i boksen), da de startede i skolen i 1986/1987, mens tallet for de 14-16-årige i 1996-1997 var 7,3 for drengene og 6,4% for pigerne. Man skal her være opmærksom på, at BMI-grænserne er forskellige i de to aldersgrupper. Denne udskolingsundersøgelse indeholder også en klinisk vurdering, hvor diagnosen adipositas anføres for de elever, som lægerne betragtede som fede i relation til funktionsniveau, aktuelt helbred og prognose. 2,8% af drengene og 3,8% af pigerne fik diagnosen adipositas ud fra den kliniske vurdering. I udskolingsundersøgelsen ses, at næsten 60% af de unge, der var fede eller overvægtige ved 14-16-årsalderen, også var det ved skolestarten. Og samlet bliver flere – især piger – overvægtige og fede gennem skoleforløbet.

Figur 1.

Forekomsten af overvægt og fedme hos børn			
Fedmegrad	Køn	Alder (5-7 år)	Alder (14-16 år)
Overvægt (1)	Dreng	6,9%	7,3%
	Piger	8,5%	10,4%
Fedme (2)	Dreng	3,1%	2,3%
	Piger	3,8%	4,0%
Note 1: Overvægt: BMI ≥18 for 5-7-årige. BMI ≥25 for 14-16-årige.			
Note 2: Fedme: BMI ≥19 for 5-7-årige. BMI ≥28 for 14-16-årige.			
Udskolingsundersøgelserne 1996/97 (Petersen m.fl., 2000).			

I et par andre undersøgelser bl.a. en undersøgelse af voksne danskeres sundhed og sygelighed (Kjøller m.fl., 1995) ses, at der nu er flere fede unge mænd og kvinder. Fedme hos børn er relateret til øget sygelighed og psykosociale problemer i barn- og ungdom samt en øget sygelighed og dødelighed i voksenalderen. Fedme hos voksne er forbundet med sygdomme som sukkersyge, lunge- og åndedrætsbesvær, hjerte-kar-sygdomme, kræft og nedsat frugtbarhed. Det vurderes, at børnefedme fra treårsalderen har sammenhæng med fedme som voksen, og sammenhængen bliver stærkere jo ældre barnet er. Hos 6-9-årige ses en syv gange øget risiko for voksenfedme i forhold til normalvægtige børn. Risikoen for blivende overvægt er størst, hvis der er overvægt i familien. Man skal dog huske på, at de fleste overvægtige voksne ikke var overvægtige som barn.

Det at være overvægtig eller fed som barn har konsekvenser for barnet her og nu. Fede børn er hæmmede i leg og sport, har ofte lav social status blandt kammeraterne og kan opleve psykologiske problemer med mobning, social isolation mm.

I forhold til forebyggelse af fedme har forskere også været inde på betydningen af at spise egentlige måltider og have et regelmæssigt måltidsmønster. Eksempelvis viser studier med unge voksne (f.eks. Hubert m.fl., 1998), at det at springe morgenmaden over kan betyde, at man bliver mere sulten i løbet af dagen, også selvom energiindtaget i løbet af dagen jævnes ud. Selve morgenmadens ernæringsmæssige kvalitet med højt fiberindhold og lavt fedtindhold synes også at have betydning både for dagens samlede energiindtag, og for hvor frisk og koncentreret man er efter måltidet (Holt m.fl., 1999).

I et klassisk forsøg i Prag (Fabry m.fl., 1966) undersøges fedme i forhold til antallet af måltider på tre skoler. De tre skoler med børn i alderen seks til 16 år havde i et år tre forskellige måltidssystemer med henholdsvis tre, syv og de oprindelige fem daglige måltider med samme daglige gennemsnitlige energiindtag. Blandt de ældre elever (10-16 år) på skolen med de tre måltider sås vægtstigninger og for pigerne ydermere større hudfoldstykkelser i forhold til jævnaldrende på de andre skoler.

I en dansk undersøgelse finder Lissau m.fl. (1992, 1993, 1994), at børn, der vokser op i socialt belastede boligkvarterer, har forøget risiko for at udvikle overvægt. Manglende støtte fra forældre og det at være forsømt, ligesom moderens holdning til slikvaner og viden om disse, vurderes også at have betydning.

I såvel forebyggelse som i behandling af fedme er miljø og opbakning fra familie centrale elementer. Eksempelvis ses, at overvægtige børn taber sig i løbet af et ophold på Julemærkehjem, men at vægttabet for nogle er svært at fastholde, når de vender hjem.

Fysisk inaktivitet ses som en meget central faktor i forhold til, at børn og unge bliver overvægtige og fede. Derfor må man i forebyggelsen fokusere på, at børn og unge er fysisk aktive (Epstein, 1995).

Overvægt og fedme skønnes at blive et stort og stigende sundhedsproblem også for børn og unge.

Spiseforstyrrelser

Sundhedsstyrelsen (1997) anslår, at forekomsten for henholdsvis anorexia nervosa og bulimia nervosa blandt unge kvinder er 0,3%-1% og 1,7%-4%, og at der er væsentlig flere med lettere spise-

forstyrrelser. Personer med egentlige spiseforstyrrelser har et intensivt ønske om at tabe sig, er angst for fedme, og har en fanatisk optagethed af mad og vægt, som overskygger alt andet. Andre symptomer er tilbøjelighed til at isolere sig, lavere selvfølelse, perfektionisme og et stort kontrolbehov.

I en spørgeskemaundersøgelse foretaget for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed (Waadegaard, 1996) ses, at 29% piger og 2-3% drenge mellem 14 og 24 år udviser risikoadfærd (flest i alderen 18-19 år). Risikoadfærd defineres som uhensigtsmæssig adfærd og holdninger vedrørende vægtregulation, kropsoptagethed og spisevaner, vedvarende og urealistisk ønske om og stræben efter at være tynd og overdrevne bekymringer og optagethed af vægt, krop og mad. Risikoadfærd leder ikke nødvendigvis til udvikling af sygdom. Det kan diskuteres, hvorvidt den før definerede risikoadfærd i højere grad er en del af en generel kropskultur i mange ungdomsgrupper. Det anses, at rammer for måltider og udbud af levnedsmidler kombineret med undervisning om behov, nydelse og glæde ved mad er vigtige elementer i den primære forebyggelse (Sundhedsstyrelsen, 1998 og Waadegaard, 1996).

Den primære forebyggelse af spiseforstyrrelser anbefales at ske ved at fokusere på kropsoptagethed, selvværd og et afbalanceret forhold til mad og fysisk aktivitet. Den sekundære forebyggelse må bygge på lydhørhed og opmærksomhed på dårlig trivsel hos unge og hurtig indgriben ved udtalt vægtregulering ved fagpersoner samt tværfaglig behandling ved professionelle behandlere (Sundhedsstyrelsen, 1998). Sundhedsstyrelsen har udgivet et materiale om spiseforstyrrelse for at støtte idrætsledere, lærere, sundhedsplejersker, kommunallæger, alment praktiserende læger og andre i deres arbejde med at fremme sundhed, trivsel og selvværd hos børn og unge. En del af dette arbejde består i at fremme et normalt forhold til mad, krop og vægt. I materialet fokuseres også på at støtte mindre børn i at have en sund psykisk udvikling (Sundhedsstyrelsen, 2000).

Mangel på mikronæringsstoffer og bioaktive stoffer i kosten

Mikronæringsstoffer udgøres af vitaminer og mineraler. Derudover er man de seneste år blevet opmærksom på, at kosten også indeholder andre såkaldt bioaktive stoffer. Disse er ikke i klassisk forstand næringsstoffer, men de har en gavnlige og beskyttende effekt over for udviklingen af en række sygdomme som kræft, hjerte-kar-sygdomme og sandsynligvis også sukkersyge. Indholdet af denne type stoffer er en af de væsentligste grunde til, at man anbefaler, at vi spiser meget frugt og grønt. Antioxidanter er en gruppe af stoffer, hvori der indgår vitaminer, mineraler og bioaktive stoffer. Antioxidanter har også en beskyttende effekt over for udviklingen af visse sygdomme. Den beskyttende effekt er hovedsageligt baseret på studier af voksne, fordi de studier, der skal til for at bevise en effekt hos børn, kræver opfølgning over mange år. Der er dog grund til at tro, at mindst nogle af de effekter, der er dokumenteret hos voksne, også har betydning for børn.

Klassiske mangelsymptomer på mikronæringsstoffer, som engelsk syge (vitamin D), natteblindhed (vitamin A) og skørbug (vitamin C) ses sjældent eller aldrig hos danske børn. Derimod er man blevet opmærksom på, at lettere mangeltilstande af visse mikronæringsstoffer, hvor der ikke er tydelige symptomer, kan have en negativ effekt på vækst, udvikling og immunsystemet.

Jernmangel er den hyppigste mangeltilstand hos danske børn. I de første leveår kan det medføre forsinket psykomotorisk udvikling, hvis jernmanglen er så udtalt, at det også medfører blodmangel (anæmi). Det er uvist, om disse forandringer er permanente. Der er også enkelte studier, der peger på, at jernmangel hos børn i skolealderen kan påvirke deres kognitive funktion. I et amerikansk studie med piger i pubertetsalderen fandt man, at de, der havde en lettere jernmangel uden at have

anæmi, klarede sig bedre i kognitive tests efter otte uger med jerntilskud (Bruner m.fl., 1996). Det må dog stadigvæk anses for usikkert, om lettere og moderat jernmangel i den alder har indflydelse på den kognitive funktion. Selvom jernmangel kan relateres til dårlige skolepræstationer i flere undersøgelser, kan man ikke med sikkerhed udlede, at jernmangel er årsagen. Jernmangel, der er så udtalt, at den medfører blodmangel (anæmi), kan give hovedpine, træthed og irritabilitet.

Det er specielt piger, der har fået menstruation, der er i risiko for at få jernmangel. Hvis de er på hyppige slankekur og undgår kød, er de specielt udsatte. I den landsdækkende kostundersøgelse fra 1995 (Andersen m.fl., 1996) ses, at jernindtaget ligger tæt ved det anbefalede for skoledrenge, men i underkanten for yngre drenge. For piger ser det anderledes ud, da 10% har et jernindtag under anbefalingerne.

Forebyggelse af jernmangel sker mest effektivt ved at spise kød og indmad. Det er store mængder, der skal til. Andre jernholdige levnedsmidler er bl.a. kornprodukter, bønner og linser. Optagelsen af jern påvirkes af kostens sammensætning. Eksempelvis kan den øges ved at spise mad med et højt indhold af vitamin C, mens te og kalciumholdige levnedsmidler som mælk kan hæmme optagelsen. Optagelsen bliver dog også reguleret af kroppens jerndepoter, således af absorptionen øges ved jernmangel. Der er derfor ikke belæg for at undgå mælk til måltiderne for at øge jern absorptionen.

Lavt indtag af kalcium har ikke akutte effekter. Et meget lavt indtag i en lang periode kan dog medføre en øget risiko for knoglebrud.

Caries

Caries er en multifaktoriel sygdom, der udspiller sig i bakteriebelægninger på tænderne. Sukkerholdige produkter udgør en risiko for caries hos personer med bakteriebelægninger på tænderne. Hyppigheden og varigheden af sukkereksponeringen har betydning for cariesudviklingen. Det bedste cariesforebyggende middel er at hindre udvikling af bakteriebelægninger på tænderne. Endvidere handler det om at reducere sukkerindtaget, både hvad angår mængde og hyppighed. Hvis man har en god tandhygiejne, opstår der ikke huller, mens det ved dårlig tandhygiejne er muligt at forebygge huller ved at reducere sukkerindtaget. I forbindelse med børn og unges høje indtag af sukkerholdige produkter som sodavand og slik, skal man være opmærksom på, hvor længe eller hvor hyppigt tænderne udsættes for sukker. Hyppig indtag af søde sager som slik, sodavand og søde læskedrikke bidrager til øget cariesmængde og cariesrisiko.

Kostens indhold af kalcium og vitamin D har frem til 12-årsalderen betydning for tanddannelsen. Børn, der ikke drikker mælk og heller ikke får vitamin D fra kosten eller fra solen, er således i risiko for at få dårlige tænder. I Danmark ses dette problem især hos grupper af indvandrere.

Bakterier

Fødevarers bakteriologiske kvalitet kan også have betydning for børn sundhed. Sygdomsfremkaldende bakterier, der kan være til stede i forskellige fødevarer, kan f.eks. medføre diarre. I relation til mad og måltider for skolebørn er det i denne sammenhæng relevant at fokusere på, hvor stor risikoen er for at blive syg af madpakker opbevaret ved stuetemperatur. Sygdomsfremkaldende bakterier, der kan være til stede i mad, har bedre mulighed for vækst i madpakker, der opbevares ved stuetemperatur sammenlignet med madpakker opbevaret køligt (max. 5°C). Hvis der i en pålægs-vare er et højt indhold af sygdomsfremkaldende bakterier, kan opbevaring i skoletasken give anled-

ning til, at antallet af disse bakterier øges måske netop til det niveau, der kan forårsage sygdom. På samme måde kan fordærvelsesbakterier også have optimale forhold ved stuetemperatur og den smagsmæssige fornøjelse ved madpakken dale, hvis udgangspunktet har været pålægsvarer med et højt indhold af disse bakterier (Nørrung, 1999).

Langsigtede effekter af usunde kostvaner i barn- og ungdom

Usunde vaner kan også give sundhedsproblemer på længere sigt. De senere år har der forskningsmæssigt været fokus på den tidlige vækst bl.a. i fostertilstand og det første leveår samt ernæringen og kostens betydning for udvikling af bl.a. hjerte-kar-sygdomme og sukkersyge. Men der er ikke megen forskning, der specifikt omhandler sammenhængen mellem ernæring i barndom og ungdom og senere sundhed og sygdom. Men for voksne er der solid videnskabelig belæg for at sunde kostvaner kan bidrage til forebyggelsen af en række sygdomme. Og da børn og unge er i vækstperiode har deres ernæringsstatus stor betydning.

Sukkersyge – Type 2 diabetes

Forekomsten af sukkersyge – særlig den der opstår i voksenalderen – er stigende. Tidligere blev sygdommen populært kaldt ”gammelmands-sukkersyge”, men nu ses sygdommen også blandt relativt unge mennesker. Årsagerne til sygdommen kan findes i kosten, utilstrækkelig fysisk aktivitet, fedme og genetisk disponering. I de første stadier af type 2 diabetes danner bugspytkirtlen stadig nok insulin, så blodsukkeret reguleres, men senere kan evnen til at producere insulin svækkes, og der opstår et behov for behandling.

Type 2 diabetes opstår, fordi cellerne bliver mindre følsomme over for insulin, og samtidig skal der højere insulinkoncentrationer til at transportere sukker (glukose) over cellemembranen. Hos personer med type 2 diabetes ser man således primært normale blodsukkerværdier, mens deres insulin-niveau vil være forhøjet. Man taler om insulinresistens. Tilstanden er associeret til overvægt og fedme. Fysisk aktivitet hjælper på tilstanden, og ved fysisk aktivitet ses, at sukkertransporten over cellemembranen kan ske uden brug af insulin. Når insulinfølsomheden forværres vil bugspytkirtlen på et tidspunkt ikke være i stand til at øge insulinproduktionen yderligere, og blodsukkeret vil stige. Senere vil de langerhanske øer i bugspytkirtlen begynde at producere mindre insulin, og tilstanden er ikke længere reversibel. Personen har nu brug for at få tilført insulin i form af indsprøjtninger. Type 2 diabetes hænger meget ofte sammen med andre alvorlige risikofaktorer for bl.a. hjerte-kar-sygdomme herunder overvægt, forhøjet blodtryk og forhøjet LDL-kolesterol. Personer med type 2 diabetes vil have betydelig gavn af at tabe sig og være mere fysisk aktive. Og de kan, specielt hvis de hurtigt begynder på en mere aktiv livsstil, blive sygdommen kvit.

Hjerte-kar-sygdomme

Iskæmisk hjertesygdom er den hyppigste dødsårsag i Danmark. Sygdommen skyldes åreforkalkning, hvor kranspulsårene forsnævres. Denne forkalkning starter allerede i ungdommen. Risikofaktorer for hjerte-kar-sygdomme er et højt kolesterolindhold i blodet, rygning, højt blodtryk, overvægt, manglende fysisk aktivitet og et lille indtag af frugt og grønt. Hårdt fedt (mættet fedt og transfedtsyrer) indvirker på blodets kolesterolniveau og øger det skadelige LDL-kolesterol og sænker effekten af det positive HDL-kolesterol. Frugt, grønt og fisk har også en forebyggende virkning over for hjerte-kar-sygdomme. For frugt, grønsager og andre kulhydraters vedkommende skyldes

denne gavnlige effekt bl.a., at kulhydraterne erstatter fedtholdige levnedsmidler i kosten, og at antioxidanter formodes at reducere indholdet af LDL-partikler i pulsårevæggen, mens den gavnlige effekt af fisk skal findes i den sunde fedtsyresammensætning specielt indholdet af polyumættede fedtstoffer af omega-3-typen.

Igennem barndommen udvikles forandringer af arterievæggene – først med fedtaflejringer senere med forkalkninger. Disse forandringer er klart relateret til kosten. De fleste af forandringerne er dog reversible, det vil sige, at de kan forsvinde, hvis kosten ændres. Men fra puberteten mener man, at de mere udtalte forandringer er blivende.

I en rapport fra Ernæringsrådet om kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark (Osler m.fl., 2000) konkluderes, at hvis danskerne følger kostanbefalingerne og spiser mere frugt og grønt, kan ca. 10% af alle dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom forebygges. Hvis danskere, der har forhøjet risiko for iskæmisk hjertesygdom, og som ikke spiser fisk, begynder at spise fisk, kan ca. 25% af dødsfaldene forårsaget af iskæmisk hjertesygdom forebygges i denne højrisikogruppe. Og hvis alle danskere følger kostanbefalingerne og spiser mindre mættet fedt, kan ca. 20% af alle dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom forebygges. På baggrund af disse delkonklusioner vurderer Ernæringsrådet, at en betydelig del af dødsfald blandt danskere, der dør af iskæmisk hjertesygdom, skyldes, at befolkningen ikke følger de anbefalede kostråd.

Kræft

Udviklingen af kræft sker over mange år, og den skyldes en påvirkning af mange faktorer. Kosten har en modificerende virkning for udviklingen af kræft, og indeholder både fremmere og hæmmere af kræftudvikling. I de senere år har der været særlig fokus på frugt og grønt i relation til kræftsygdomme. Et højt indtag af frugt og grønt betyder en ændret energifordeling over mod det mindre fedtfattige, og frugt og grønt indeholder en række fytokemikalier, f.eks. flavonoider, fenoler og indoler samt vitaminer (f.eks. C og E) med antioxidativ virkning, der beskytter mod udvikling af en række kræftformer.

”6 om dagen – spis mere frugt og grønt”. Personer over 10 år anbefales at spise seks stykker frugt og grønt dagligt svarende til 600 gram, mens børn mellem 4 og 10 år bør spise 400 gram. Det anbefales også, at man spiser mange forskellige slags f.eks. et glas juice til morgenmaden, et æble om formiddagen, tomat og gulerod til frokost, bønner, broccoli eller blomkål til aftensmaden og en banan til dessert. Kartofler er ikke med i de 600 gram, da de i traditionel dansk madkultur i højere grad hører sammen med pasta og ris.

(Trolle m.fl., 1998)

Block m.fl. (1992) og Steinmetz og Potter (1996) har i to artikler sammenholdt over 200 studier om sammenhængen mellem frugt og grønt og forskellige kræftsygdomme. Begge artikler konkluderer, at der er solid dokumentation for, at frugt og grønt kan forebygge kræft, og at det vil højne folkesundheden at øge forbruget af disse levnedsmidler. Man taler om, at der er en dosis-respons effekt, og at selv en mindre stigning af indtaget af frugt og grønt vil nedsætte risikoen for at udvikle kræft. Det anslås, at hvis danskerne følger kostanbefalinger og dagligt spiser 600 gram frugt og grønt, vil der ske op mod en halvering af kræft risikoen (Trolle m.fl., 1998).

Knogleskørhed

Det forudses, at forekomsten af knogleskørhed og dermed også antallet af osteoporotiske brud vil stige drastisk de kommende år bl.a. på grund af den voksende ældrebefolkning. Den stærkeste determinant for udvikling af knogleskørhed er genetikken. Livsstilsfaktorer har dog også nogen betydning, specielt fysisk aktivitet og indtag af kalcium og vitamin D.

De fleste børn har et rigeligt indtag af kalcium, da de drikker mælk og spiser mælkeprodukter. Der er dog en del piger specielt omkring puberteten, der undgår mejeriprodukter, og derfor har et lavt indtag. Hos børn i skolealderen er der sammenhæng mellem indtaget af kalcium og knoglernes mineralindhold. Der er dog ikke tale om en stærk sammenhæng, og det er usikkert om et lidt lavere kalciumindtag i barndommen giver øget risiko for knogleskørhed senere i livet. Man anbefaler kalciumtilskud til børn, der ikke får mejeriprodukter, da det næsten er umuligt at nå det anbefalede kalciumindtag gennem andre levnedsmidler (Michaelsen og Mølgaard, 1994).

Vitamin D stimulerer gennem stadiet kalcitriol knogledannelse og mineralisering. Vitamin D syntetiseres i huden, når man får sollys, men denne kilde er i Danmark kun relevant i sommermånederne. Derudover får man vitamin D gennem kosten, hvor fisk er en vigtig kilde. Det er usikkert, om marginal mangel af vitamin D påvirker knoglemineraliseringen hos ellers raske danske børn. Flere undersøgelser tyder dog på, at der blandt flere indvandrergupper ses vitamin D mangel. Det ses særligt hos piger i puberteten og i en sådan grad, at det påvirker knoglemineraliseringen.

Affedning og en meget lav legemsvægt, som ses hos nogle rygere samt hos personer med anorexia nervosa, kan medføre nedsat knoglemasse og øge risikoen for senere at udvikle knogleskørhed.

Sammendrag

Børn og unges kostvaner har betydning på flere niveauer. De har betydning for sundhed og trivsel her og nu. Kostvaner sættes også i relation til kognition og indlæring, selvom denne sammenhæng ikke er belyst, således at der er strikt videnskabeligt grundlag for indsats. Men erfaringer viser, at børn og unge har nemmere ved at klare skolens udfordringer, hvis de spiser flere måltider i løbet af dagtimerne. Barndommens kostvaner har også betydning for sundhed og sygdom senere i livet.

Hvordan kan sunde mad- og måltidskulturer udvikles i skoler og fritidsinstitutioner

At sætte børn og unge i stand til at udvikle sunde madkulturer indebærer, at man i respekt for den enkelte støtter og styrker personen i at udvikle viden og færdigheder samt skaber et socialt og fysisk miljø, der understøtter sunde vaner. I Danmark anses det primært som forældrenes ansvar, hvad børn og unge spiser. Men omgivelserne og dermed skole, institution og lokalmiljø har også et medansvar og spiller en rolle, når børn og unge udvikler deres madkulturer.

Der kan således arbejdes på flere niveauer, når målet er at fremme sunde og gode mad- og måltidskulturer. Ud over rammer og miljø er det centralt for skolens opgaver, at eleverne udvikler handlekompetence, som indebærer, at eleverne har en indsigt i emnet, at de er engagerede, og at de har visioner og får erfaringer.

Kostvaner etableres og ændres

Kostvaner etableres til en vis grad i barn- og ungdommen, og kostvanerne har således på flere niveauer betydning for sundhed og sygdom. Det har længe været kendt, at der er en sammenhæng mellem et tidligt alkoholforbrug og et senere højt forbrug, at rygevaner grundlægges i teenagealderen, og at ungdommens motionsvaner har betydning for fysisk aktivitet senere i livet. Med hensyn til mad- og måltidsvaner er det ikke dokumenteret, at barn- og ungdommens praksis og vaner på samme måde føres videre i livet. Men det er dog klart, at erfaringer, oplevelser og smagspræferencer har betydning for senere praksis.

I Minnesota Heart Health Program ses dog, at unge, der har taget del i et skolebaseret forebyggelsesprogram fastholder sunde kostvaner over en periode over syv år. Kostvaner er her udtrykt som ønsket om at vælge sunde levnedsmidler (Kelder m.fl., 1993). Men det ses også, at de unge ændrer vaner over tid, og at denne ændring er relateret til deres venners adfærd.

Det ses i flere studier, at voksne skifter kostvaner i løbet af livet, og at man i forskellige faser i ens liv har forskellig interesse for sundhed. Typisk ændrer man kostvaner ved skift i det sociale liv f.eks. når man bliver gift, får børn eller bliver syg. Øygard og Klepp (1996) viser ud fra analyser af 10-årsopfølgningen af Oslo Youth Study, at voksne i alderen 23-26 år vurderer, at partnere har størst indflydelse på aktuelle kostvaner.

I en interviewundersøgelse om kostvaner i børnefamilier i København peger de interviewede på, at de har ændret kostvaner i forbindelse med at få børn (Holm og Kildevang, 1996). Der er også flere studier, der peger på, at begrundelser for og betydninger af kostvaner ændrer sig gennem livet. Devine og Sandström (1995) viser i en spørgeskemaundersøgelse med et repræsentativt udsnit af danske kvinder i alderen 30-60 år, at ældre kvinder er mere interesserede i sundhed i relation til mad og dermed formodentlig mere motiverede for at ændre kostvaner end yngre kvinder.

Lupton (1996) finder også et oplevet skift i kostvaner hos australske unge. Skiftet ses ofte, når man flytter hjemmefra. Det er særligt unge, der kommer fra hjem med meget traditionelle kostvaner. Skiftet i kostvaner relateres til ungdommens og den tidlige voksenalders besøg på cafeer og andre

steder, hvor der serveres en anden slags mad. For nogle opfattes skiftet som et symbolsk oprør mod forældrenes vaner og normer.

Chapman og Maclean (1993) finder i interview med unge canadiske kvinder i alderen 11-18 år, at junk food forbindes med fornøjelse, fester, snack og det at være sammen med venner og væk fra forældre. Mens sund mad forbindes med vægttab, at være bevidst om vægt og udseende, måltider, at være sammen med forældre og have selvkontrol. Forfatterne konkluderer, at den usunde mad symboliserer autonomi – også selv om junk food relateres til øget vægt, skyld og selvforagt. Andersson (1980) beskriver et tilsvarende fænomen i Sverige og formulerer det, som at burgeren er krydret med frihed.

Disse resultater støtter antagelsen om, at man gennem livet er åben, og at man – i et moderne refleksiøst samfund – ændrer kostvaner i løbet af livet og er åben for påvirkninger og kan ændre perspektiv gennem livet.

I et studie af sundhedsvaner blandt 40-årige mænd i Vejle Amt anvender Meillier (1994) begrebet ”sundhedsoplysningens rygsæksfunktion” og fremhæver, at sundhedsoplysning kan have en indirekte betydning for forandring, og at der kan gå lang tid, før forandringen kommer til udtryk. Rygsækkens indhold kategoriseres som teoretisk viden, praktisk viden, erfaringsviden og intuitiv viden, og de enkelte typer viden kan bidrage til, at den enkelte kan gennemføre en forandringsproces, når man er motiveret herfor. Dette kan således pege på, at det er vigtigt, at børnene tilegner sig konkrete færdigheder samt viden om mad, måltider og sundhed, så de er i stand til at udvikle sunde madkulturer, når de fjerner sig fra familien og senere flytter hjemmefra. Ligesom det er vigtigt, at de udvikler viljen til at kunne anvende denne viden.

Faktorer der har betydning for at ændre mad- og måltidsvaner

Der er mange teorier om, hvordan man bedst muligt griber det sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende arbejde an. I teorierne indgår typisk intention, miljø, personlige faktorer og pædagogik men med forskellig vægt og med forskellig baggrund. Banduras teori om social læring er en ofte anvendt teori inden for sundhedsfremme. Den grundlæggende tankegang i Banduras sociale kognitive teori er udgangspunktet om den reciproke determinisme, hvor adfærden dynamisk og gensidigt påvirker og påvirkes af det omgivende miljø (f.eks. netværk, tilgængelighed og andre strukturelle forhold) og den enkeltes personlighedsfaktorer (f.eks. holdninger, værdier, viden og erfaringer). Et væsentligt element i Banduras teori er rollemodeller, hvor f.eks. børn og unge påvirkes af forældre, lærere og kammerater ved observation og ved at lære af rollemodellens handlinger og dermed også erfarer, hvilke forventninger man kan have til en given praksis.

I relation til mad og måltider er det særlig oplagt at se på, hvorledes tilgængelighed, smag, viden og færdigheder samt måltider har betydning for børn og unges praksis. I undervisningen kan arbejdes med børns opfattelse af mad og sundhed samt med deres erfaringer med mad og måltider. Et kvalitativt studie viser, at elever i 6. og 7. klasse har en opfattelse af, hvad der er ”mad for mig”, og hvad der er ”kost/ernæring for andre”. Hvad der forstås med ”mad for mig” er forbundet med bestemte levnedsmidler og retter, mens den sunde ernæring i højere grad opfattes som ”kost for andre” (Benn, 1996). Det er derfor nødvendigt i undervisningen at tage udgangspunkt i børnenes egne erfaringer og opfattelse og arbejde med en bredere forståelse af mad/kost og sundhed.

Tilgængelighed

En del af det fysiske miljø kan betegnes tilgængelighed. I relation til børn og unges mad og måltider vil dette sige, hvad der er muligt at købe i f.eks. butikker og skoleboder, hvad der serveres hjemme, i skoler og i institutioner, samt hvordan det f.eks. er muligt at opbevare medbragt mad og drikke.

I slutningen af 1980'erne gennemførte man på Forskningsinstitut for Human Ernæring i København et forsøg, hvor unge studerende i otte måneder fik serveret sund mad. Formålet med forsøget var at se på risikofaktorer for en række sygdomme, men undervejs og efter forsøget blev deltagerne også spurgt om deres opfattelser af at spise sundt. Generelt kunne forsøgsdeltagerne godt lide maden. Den var veltilberedt, og der var mange nye spændende retter. Lysten til slik og fed mad ændres efterhånden, som de unge blev vænnet til den sunde mad. Men efter forsøget har deltagerne svært ved at fastholde de sunde vaner. De fremhæver, at det er svært at spise anderledes end andre, at det er svært rent praktisk og økonomisk at fastholde de sunde vaner. Da man under forsøget ikke lærte noget om at tilberede og sammensætte sund kost – men kun fik maden serveret – er det svært selv at skulle ændre på madlavnings- og indkøbsvaner (Holm, 1991).

Der er gennemført en del studier om, hvordan tilgængeligheden af frugt og grønt kan øge indtaget. I et studie om, hvad det betyder, at frugt og grønt er tilgængeligt i skole og hjem – og om maden er præsenteret i en form, der opmuntrer til at spise den, er der støtte til at antage, at det har betydning. I undersøgelsen om tilgængelighed af og om frugt og grønt er serveringsklart i hjemmet, finder forfatterne, at der her er en klar sammenhæng. Jo lettere det er at få frugt og grønt, des mere sandsynligt er det, at børnene spiser det. Og når børn spiser frugt og grønt, er deres forældre mere tilbøjelige til at købe det (Hearn m.fl., 1998).

Også i skolen har tilgængelighed af frugt og grønt sammenhæng med børnenes samlede forbrug. Sammenhængen er klarest for frugt og juice og lidt mindre klar for al frugt og grønt. Børn kan generelt godt lide frugt, hvilket ses som den primære begrundelse for, at de spiser det. Forfatterne foreslår, at tilgængelighed øger forbruget, når de tilgængelige levnedsmidler også er dem, som børnene godt kan lide. I studiet sås endvidere, at skoler med elever fra lavere socioøkonomiske grupper serverer mindre frugt.

I Norge viser evalueringen af et forsøg med en abonnementsordning for frugt og grønt i grundskolen (Statens Ernæringsråd og Oplysningskontoret for frukt og grønnsaker, 1997), at 72% af mulige skoler deltog i et forsøg med i alt 70% af eleverne. Evalueringen, som primært omhandlede organisering af ordningen, var i hovedtræk positiv. Bl.a. var elever og forældre meget tilfredse med ordningen. Og lærerne og lokale ansvarspersoner på skolerne mente, at ordningen havde ført til øget indtag af frugt og grønt. I Danmark har ”6 om dagen projektet” igangsat et forsøgsprojekt med en tilsvarende abonnementsordning for frugt og grønt, hvor der også ses på, om børnene kommer til at spise mere frugt og grønt ved, at det bliver tilgængeligt på skolerne (se f.eks. www.6omdagen.dk). Århus Kommune har ligeledes taget et tilsvarende initiativ.

I en dansk spørgeskemaundersøgelse blandt kvinder i børnefamilier (Buus m.fl., 1995) ses den væsentligste barriere for at øge indtaget af frugt og grønt, at kvinderne mener, at de spiser tilstrækkeligt frugt og grønt. Denne urealistiske optimisme ses også i andre undersøgelser. En faktor, der fremhæves som værende af betydning for deres familiers forbrug, og som kvinderne mener kan øge forbruget, er tilgængeligheden af klargjorte frugter og grønsager.

Om tilgængelighed kan også nævnes, at det ser ud til, at det, at børn eksponeres for f.eks. frugt og grønt, er med til at øge deres præferencer for disse levnedsmidler. Med andre ord har det betydning for børns kostvaner, at de ser, at andre spiser og kan lide forskellig slags mad (Birch m.fl., 1980).

Smag

At kunne lide mad er i vores kultur en forudsætning for at spise den – i hvert fald er det sjældent, at børn og voksne spiser mad, som de absolut ikke kan lide. Kræsenhed og frygt for at smage nyt (neofobi) er fænomener, der kun er sparsomt belyst i relation til at fremme sunde kostvaner. Kræsenhed kan ses som en af de klareste sociale markører, og det er dybt forankret i kulturelle forhold, hvad man kan lide og ikke lide. Som eksempel herpå kan nævnes, at emigranter typisk tager kostvaner med sig. Vi har klare opfattelser af, hvad man kan spise og ikke kan spise. Nogle danskere kan f.eks. vældig godt lide kartofler med brun sovs, nogle afskyr pulverkartoffelmos og andre har smag for middelhavsmad. Fødevaredirektoratet (den daværende Levnedsmiddelstyrelse) spurgte i forbindelse med en oplysningsindsats ca. 300 danskere om, hvad de syntes om to forskellige versioner af frikadeller med kartoffelsalat. Det var tydeligt, at de, der ønskede at spise sundt, også foretrak den version, som havde prædikatet sund. Også selvom det faktisk var to ens portioner. Denne undersøgelse viser det samme som mange andre, nemlig at vi i høj smager med hjernen.

Tre forskere (Sjöden, Lappalainen og Fellenius, 1985) skriver om psykologiske aspekter ved børns kostvaner. Børns emotionelle, kognitive, verbale og motoriske adfærd i relation til mad påvirkes af de erfaringer, barnet tidligere har haft med lignende madvaner og måltidssituationer. Andre forskere (Birch, 1979) finder, at der hos mindre børn er en stærk sammenhæng mellem præferencer og forbrug, ligesom der er mellem det, børnene kender, og hvad de kan lide – jo mere velkendt desto højere præference.

En måde at overvinde kræsenhed og neofobier på er at få barnet til at smage nye madvarer, men uden nogen form for tvang, da dette kan give aversioner mod maden. En aversion er en stærk skepsis over for madvarer. Aversioner kan bestå i mange år, også selvom man som voksen ved, at aversionen ikke nødvendigvis skyldes maden, men nogle negative omstændigheder omkring maden.

I lande med skolebespisning kan man se skolen som et sted, hvor børnene møder en anden slags mad og får mulighed for at smage ny mad og opleve kulturel identitet om maden. Men det er også et sted, hvor børn kan opleve skolemaden som pres og tvang og et indgreb mod den personlige frihed (Morrison, 1996).

I en undersøgelse (Baranowski m.fl., 1993) om indtag af frugt og grønt ses også, at smag og præferencer er vigtige faktorer for forbrug. De fleste børn i den undersøgelse kan lide næsten al frugt, men kun en enkelt eller ganske få grønsager. Om de kunne lide grønsagen afhang ofte af tilberedningsmetoden, hvilket også kan ses i andre undersøgelser. Børnene blev spurgt om deres kortsigtede og langsigtede forventninger til at spise frugt og grønt. De positive forventninger var i overtal med fokus på sjov, smukt, man bliver sund, stærk, undgår at blive fed, får sunde tænder og lever længe. De negative forventninger angår allergi, og at man oftere skal på WC.

Der mangler forskning for at kunne udtale sig klart om fænomenet kræsenhed, og hvad betydning kræsenhed og neofobier har for at kunne ændre kostvaner og komme til at kunne lide f.eks. mange forskellige slags frugt og grønt. Hvis målet er, at børn kan lide forskellig slags mad – herunder meget frugt og grønt – er det formodentlig vigtigt, at give børnene mulighed for at smage på

forskellige typer levnedsmidler i deres eget tempo og under vilkår, som de selv er med til at udvikle.

Børns smag for og lyst til forskellige slags mad påvirkes af:

- Om barnet kender og eksponeres for forskellige slags mad. Jo oftere barnet smager på ny mad, desto større sandsynlighed er der for, at barnet kommer til at kunne lide maden.
- Om barnet ser andre spise forskellig slags mad – og vise glæde og fornøjelse ved maden.
- Hvordan barnet oplever omstændighederne omkring maden. Negative oplevelser kan føre til, at barnet udvikler aversioner.

Kundskaber og færdigheder

I takt med at kvinderne er kommet ud på arbejdsmarkedet, og industrien har overtaget en del af madlavningen, tabes husholdningernes viden om og indsigt og færdigheder i madlavning. Madlavningskompetencerne forsvinder, og der opleves et tab af kontrol med maden (Holm og Iversen, 1997). Samtidig med dette opstår et behov for nye kompetencer om, hvordan man med udgangspunkt i det nye marked og med andre forhold i husholdningerne kan udvikle sunde og gode mad- og måltidskulturer. I faget hjemkundskab får eleverne grundlæggende kundskaber og færdigheder i madlavning og omkring det at etablere sunde og gode måltider.

”Formålet med undervisningen i hjemkundskab er, at eleverne tilegner sig kundskaber og færdigheder, så de bliver i stand til at tage medansvar og udvise omsorg for den virksomhed, der finder sted i hjemmet, og at de opnår indsigt i de vilkår og værdier, dette livsområde har i samspil med natur, kultur og samfund”.

(Faghæfte 11, Undervisningsministeriet, 1995)

Verdenssundhedsorganisation WHO, Europakommissionen og Europarådet udgav i 1999 en guide for ernæringsundervisning i skolen. Formålet med denne guide er at opmuntre til udvikling af ernæringsundervisningen i skoler, og der opfordres til, at ernæringsundervisningen kobles sammen med ideen om de sundhedsfremmende skoler. Ligesom det er et mål, at undervisningen ses i sammenhæng med hele skolen og med samarbejdet mellem skole, familier og lokalmiljø. Læring hører ikke kun hjemme i klasseværelset, men i hele skolens liv.

Selve undervisningen i skolen er kun et aspekt af læringen. WHO m.fl. opfordrer til, at inddrage følgende tre aspekter af skolens arbejde:

- Den formelle læseplan, som refererer til, hvad der læres i klasselokalet.
- Den skjulte læseplan, som inkluderer ikke-formelle læseplansaktiviteter f.eks. skolens ethos og praksis, og hvordan skolen prioriterer mad og måltider.
- Den parallelle læseplan, som beskriver ”ude-af-skolen aktiviteter” f.eks. skole-hjem-samarbejdet, samarbejde med lokalmiljø, normer og massemedier.

Der er gennemført nogle udenlandske forskningsprojekter om, hvilke færdigheder børn og unge skal have for at kunne udvikle sunde kostvaner. Men sådanne færdigheder og kundskaber er afhængige af, hvilken slags samfund skolen er en del af. Viden og færdigheder for at kunne handle varierer fra gruppe til gruppe, og derfor kan udenlandske data ikke overføres umiddelbart til danske forhold. En dansk udredning og analyse om, hvilke konkrete og generelle kompetencer herunder handlekompetence, der kan styrke danske børn i at udvikle sunde kostvaner, vil være et væsentligt bidrag til det sundhedsfremmende arbejde. Det synes oplagt, som også WHO lægger op til, at koble de helt konkrete færdigheder med madlavning, læsning af varedeklARATIONER m.fl. med mere generelle kompetencer om at kunne modstå pres, sætte sig mål, forholde sig kritisk til reklame og kunne agere i forhold til et marked med mange og ofte sammensatte varer.

I forbindelse med at øge indtaget af frugt og grønt er der blandt amerikanske pigespejdere gennemført en undersøgelse om kompetencer (Cullen m.fl., 1998). Her beskrives kompetencer som: at kunne identificere frugt og grønt i kosten og at kunne vurdere portionsstørrelser. Derudover findes det vigtigt, at pigerne kan gennemføre kostregistreringer og vurdere eget indtag af frugt og grønt i forhold til det anbefalede indtag, at de kan tale med forældre om frugt og grønt, at de kan efterspørge frugt og grønt, og at de kan lave mad.

I et andet amerikansk studie (Baranowski m.fl., 1993) også om frugt og grønt foreslås, at børn får konkrete færdigheder i forbindelse med indkøb, tilberedning og valg af levnedsmidler. Ligesom man styrker mere generiske færdigheder i forhold til at spise frugt og grønt såsom at kunne træffe beslutninger, løse problemer, vurdere sociale situationer og gøre opmærksom på, hvad man ønsker. Konkret foreslås tre elementer, som kan inddrages i kommende indsatser. Først at børnene bliver bedre til at efterspørge det sunde, og at de er med til indkøb og til at vælge frugt og grønt. Dernæst at børnene eksponeres mere for frugt og grønt, og at børnene evner at sætte sig mål f.eks. om at prøve nye slags grønt. Endelig må madlavningsfærdigheder øges, bl.a. ved at børnene lærer at tilberede snack og retter med frugt og grønt.

Det fysiske og sociale miljø omkring måltider

I en undersøgelse af førskolebørn ses, at børnenes smagspræferencer hænger sammen med forældres og andre centrale voksnes præferencer. Børn påvirker også andre børn i deres valg af fødevarer, og hvad de kan lide. F.eks. ses, at et barn, som ikke kan lide en grønsag efter at have spist med jævnaldrende, som kan lide den pågældende grønsag, i løbet af nogle dage ændrer opfattelse, så barnet fremover kan lide grønsagen og derefter øger indtaget af den (Birch, 1980). Birch m.fl. (1980) beskriver også, hvordan mad brugt som belønning øger børnenes præferencer for maden.

I en undersøgelse af svenske børn i alderen 3-7 år indikerer resultaterne, at forældrenes indflydelse på mad og måltider har betydning for børnenes spisning og på udvikling af præferencer og overvægt i barndommen (Koivisto m.fl., 1994).

Det sociale miljø omkring måltidet kan prioriteres på forskellig vis. Fra engelske skoler beskrives, hvordan nogle elever har mad med, mens andre får den gratis skolemad, som beskrives som kedelig og fantasiløs (Morrison, 1996). Når mødre smører madpakker, bliver der tænkt på, hvad børnene kan lide, på deres sundhed, og på hvad de andre børn i klassen har med. Morrison (1995) beskriver også forskellige måltider på skoler, og hvordan undervisning og selve måltiderne ikke hænger sammen. Det fremhæves, at skolen er en vigtig arena for at vurdere madkultur og -forbrug, som ofte er flertydig og modsætningsfyldt.

Danske skoler prioriterer og lægger noget forskelligt i mad og måltider. I en kvalitativ undersøgelse af mad og måltider i skolen (Sundhedsstyrelsen, 1999) ses, at skoleboden og køen til boden ikke kun er stedet, hvor man venter på at kunne købe sin mad. I køen ved skoleboden er det muligt at flirte med det modsatte køn, og der er plads til at kommunikere med elever fra andre klasser. Hvad og hvordan, man spiser, er også en måde at markere, hvor man hører til. I undersøgelsen indgår beskrivelser af, hvordan det ikke altid er det samme, som appellerer til alle aldersgrupper. Elever på de mindste klassetrin foretrækker at spise i trygge rammer f.eks. i klasselokalet, mens de ældre aldersgrupper gerne vil i kantinen eller boden – eller måske helt væk fra skolens område.

I undersøgelser af unges livsstil og sundhedsadfærd ses, at der er stor forskel på vanerne fra klasse til klasse og fra skole til skole. I en undersøgelse af unge i Frederiksborg Amt findes, at klassen og skolen – eller den sociale kontekst og de sociale normer i klasserne og på skolerne – har en større betydning for de unges livsstil og sundhedsadfærd, end de mest betydende individrelaterede faktorer kan forklare tilsammen (Skov Nielsen, 1998). Dette peger på, at det sociale miljø har stor betydning for, hvilke kultur der etableres i de enkelte børne- og ungdomsgrupper.

Begreberne format og indhold kan være gode redskaber i arbejdet med at fremme sunde kostvaner. Formatet eller grundkompositionen i måltider er vigtigt at fastholde i de måltider, som er strukturerede, f.eks. frokosten og aftensmåltidet. Her kan man ændre på indholdet og ernæringsforbedre retterne. I de mindre strukturerede måltider som f.eks. mellemmåltiderne er det nemmere at ændre både på format og indhold ved at introducere helt nye madvarer.

Handlekompetence og sundhedsfremme

Af folkeskoleloven fremgår det, at skolens opgave er ”i samarbejde med forældrene at fremme elevernes tilegnelse af kundskaber, færdigheder, arbejdsmetoder og udtryksformer, der medvirker til den enkelte elevs alsidige personlige udvikling”. Derudover at ”skabe sådanne rammer for oplevelse, virkelyst og fordybelse, at eleverne udvikler erkendelse, fantasi og lyst til at lære, således at de opnår tillid til egne muligheder og baggrund for at tage stilling og handle”. Endelig er det også skolens opgave ”at gøre eleverne fortrolige med den danske kultur og bidrage til deres forståelse for andre kulturer og menneskets samspil med naturen. Skolen forbereder eleverne til medbestemmelse, medansvar, rettigheder og pligter i et samfund med frihed og folkestyre” (Lov nr. 561 af 25. juni 1997, Undervisningsministeriet).

Det vil med andre ord sige, at eleverne skal lære at tage aktiv del i den verden, de lever i. I hjemkundskab og i det obligatoriske, men timeløse fag Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab indgår sundhed. I hjemkundskab betones sundhed og livskvalitet i forhold til mad og måltider. Mens det i sundhedsundervisningen fremgår, at ”eleverne tilegner sig indsigt i vilkår og værdier, der påvirker sundhed, seksualitet og familieliv... Undervisningen skal knyttes til elevernes egne oplevelser, erfaringer og begreber for at medvirke til udvikling af engagement, selvtillid og livsglæde samt støtte den enkelte i udvikling af egen identitet i samspil med andre. Undervisningen skal i enhver henseende bidrage til, at eleverne udvikler forudsætninger for, at de i fællesskab med andre og hver for sig kan tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed” (Faghæfte 21, Undervisningsministeriet, 1995).

I de centrale færdigheds- og kundskabsmål for sundhedsundervisning i folkeskolen – og i arbejdet inden for netværket af de sundhedsfremmende skoler – er begrebet handlekompetence væsentligt. At være handlekompetent ses som at have en vilje og evne til at kunne og ville handle på baggrund af diskussioner og overvejelser om valgenes betydning for sig selv og andre. I sundhedsundervisningen inddrages livsstil, levevilkår og kultur. I forhold til mad og måltider på skolen kan man således inddrage tre felter, nemlig hvilken slags mad og måltider eleverne typisk vælger, hvilke vilkår man har for at vælge, og hvorfor man vælger som man gør. Undervisningen vil også typisk inddrage både muligheder for ændringer på det individuelle og på det kollektive plan. Begrebet indeholder elementerne viden og indsigt, engagement og lyst og en tro på, at det nytter (Gabrielsen, 1997).

I relation til handlekompetence omfatter viden både en almen og en specifik viden, hvor den almene viden relaterer sig til det overordnede og abstrakte f.eks. om sundhed og sygdom i forhold til mad og måltider. Denne viden kan motivere til, at man ændrer vaner. Den specifikke viden er derimod situationsbestemt og relateret til erfaringer og konkrete forventninger. Den specifikke viden indeholder forhold om, hvordan viden kan omsættes til praksis, om at kunne forestille sig en anden adfærd eller situation og om at kunne opstille mål. Derudover kan man tale om en tredje vidensform, som omfatter færdigheder for at kunne gennemføre en handling f.eks. at kunne tilberede en fedt-fattig sovs eller iscenesætte et måltid. Handlingerne kan også være kollektive og f.eks. omhandle, hvordan rammerne for mad og måltider ændres.

Kravet om handling står centralt i arbejdet i det danske netværk af sundhedsfremmende skoler. For at en aktivitet her kan betegnes som en sundhedsmæssig handling, skal to kriterier være opfyldt, nemlig at eleverne selv skal være med til at beslutte at sætte aktiviteten i værk, og at aktiviteten skal rette sig mod at forandre tingenes tilstand i sundhedsfremmende retning (Jensen og Schnack, 1993).

I arbejdet med at fremme folkesundheden er det engelske begreb self-efficacy gennemgående. Ved self-efficacy forstås, at man har evnen til at sætte sig mål, at man har kompetencerne og en tro på, at man kan gennemføre en handling eller et projekt. Begrebet self-efficacy indgår således også i handlekompetence.

Når man ønsker at gennemføre en handling forudsættes, at man har en intention, et motiv og et mål (Gabrielsen, 1997). I forbindelse med at ændre vaner og udvikle sunde og gode mad- og måltidsvaner f.eks. ved at udvikle politikker for området, må handlinger gøres eksplicitte, og man må i fællesskab med gruppen (f.eks. klassekammerater og skolebestyrelse) nå frem til et fælles resultat. En sådan forhandling vil altid kunne tages op, da der hele tiden kommer nye elever og nye temaer. Derfor må man løbende på en skole eller en institution tage mad og måltider op til diskussion, hvor man sammen reflekterer over og evaluerer indhøstede erfaringer.

Begrebet handlekompetence ligner på mange måder begrebet empowerment. Begge begreber kan relateres til WHO's definitioner af sundhed og sundhedsfremme. Og begge begreber bygger på aktiv deltagelse og muligheder for at kunne handle i en demokratisk forståelse.

”Sundhed er en tilstand af fysisk, psykisk og socialt velvære, og ikke kun fravær af sygdom.”

(WHO, 1947)

På den første internationale konference om sundhedsfremme i 1986 blev Ottawa Charter formuleret. Heri fremgår, at sundhed er et positivt begreb, og at det at fremme sundheden er en proces, hvor den enkelte, grupper og lokalsamfundet er vigtige aktører. I denne proces kan mennesker blive i stand til at øge kontrollen over og styrke deres sundhed. For at støtte og styrke personer i at leve sundt, må omgivelserne forstået som ydre vilkår og rammer, fysisk miljø, lovgivning og økonomi samt undervisning og dialog inddrages. Målet er også at gøre det sunde valg til det lette valg.

”Sundhedsfremme er den proces, som sætter mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. For at nå en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende, må den enkelte eller gruppen være i stand til at identificere og realisere mål, at tilfredsstille behov og at ændre eller at kunne klare omverdenen. Sundhed betragtes derfor som grundlaget for det daglige liv og ikke som livets formål. Sundhed er et positivt begreb, som lægger vægt på sociale og personlige ressourcer, såvel som fysiske evner. Derfor er sundhedsfremme ikke kun sundhedsvæsenets ansvar, men et begreb, der går længere end sunde levevaner i retning af velvære.”

(Ottawa Charter, WHO, 1986)

Tones fremhæver i forbindelse med sunde kostvaner og skolen, at empowerment-strategier bør anvendes, og at der her bør arbejdes med at styrke individuelle kompetencer, at barrierer skal flyttes, og at det kræver aktiv deltagelse fra skole og samfund (Tones, 1998).

Empowerment kan betragtes som et mål, en metode og en strategi, hvor det både drejer sig om en proces og et produkt, og at der arbejdes på et individuelt og et kollektivt niveau (Vinther-Jensen, 1999).

Fælles for de to begreber er, at de tager udgangspunkt i, at borgerne selv skal involveres aktivt i udviklingen af deres liv, og at dette sker i en ægte dialog, som også kan karakteriseres som en demokratisk, åben kommunikation, hvor man tager udgangspunkt i egne erfaringer. I processen med at fremme sundhed må man stræbe efter, at øge personers selvværd, og på den måde både øge den selvoplevede trivsel og evnen til at kunne modstå fristelser og pres. Erfaringer med at kunne forholde sig aktivt og have indflydelse på egen sundhed fra et område, f.eks. mad og måltider, kan være en vigtig erfaring at have, også i forhold til andre faktorer af betydning for ens sundhed.

At arbejde med handlekompetence og empowerment stiller en række krav til underviseren eller den professionelle rolle. Fra at være ekspert skal man fremover være konsulent og katalysator, det handler om partnerskab med elever, brugere og andre, om tovejskommunikation, om at lytte og om gensidig respekt.

Den nye rolle betyder ikke, at man skal fralægge sin faglighed. I relation til mad og måltider kan der både arbejdes med sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og den professionelle rolle er således også at fastholde de sundhedsfaglige aspekter i en fælles forhandling og diskussion om, hvordan sundheden kan fremmes.

Sammendrag

Kostvaner etableres og ændres gennem livet. Det er vigtigt, at børn og unge spiser sundt og lærer om sundhed, mad og måltider. I skoler og fritidsinstitutioner kan mad og måltider indgå i det pædagogiske og dannelsesmæssige arbejde i undervisningen og udenfor undervisningen f.eks. ved måltiderne. WHO, Europarådet og EU opfordrer, skoler til at inddrage mad og sundhed i relation til den formelle undervisning, i den skjulte læseplan (f.eks. hvordan skolen prioriterer mad og måltider) og i den parallelle læseplan, som beskriver aktiviteter uden for skolen, men med relevans for skoles hverdag.

Tilgængelighed af sund og velsmagende mad, som børn og unge kan lide er vigtig for forbruget. Ligeledes er det vigtigt, at børn og unge lærer om mad og måltider – og tilegner sig kundskaber og færdigheder om mad, madlavning og måltider. Det sociale og fysiske miljø har også betydning både for hvad der spises, og for hvordan måltiderne opleves. Mindre børn ønsker typisk at spise i trygge rammer, mens de ældre ønsker at have en frihed og spise i et miljø, som passer til deres liv, f.eks. et café-miljø. Endelig er det vigtigt, at børn og unge, som det også fremgår i faghæftet for sundhedsundervisning, udvikler handlekompetence og bliver i stand til i fællesskab og hver for sig at tage kritisk stilling og handle for at fremme egen og andres sundhed.

Referencer

- AC Nielsen AIM. Unges morgenmadsvaner. Nordisk Kelloggs. 1997.
- Andersen NL, Fagt S, Groth MV, Hartkopp HB, Møller A, Ovesen L, Warming DL. Danskernes kostvaner 1995. Hovedresultater. Levnedsmiddelstyrelsen, 1996.
- Andersson S. Matens roller – sociologisk gastronomi. Stockholm,: Almquist & Wicksell Förlag AB. 1980.
- Banke Rasmussen L, Lyhne N, Ovesen L. Sugar - a harmless indulgence? International Journal of Food Sciences and Nutrition. 1998; 49: 253-264.
- Baranowski m.fl. Guidelines for School Health Programs to Promote Lifelong Healthy Eating. Journal of School Health. 1997; 67: 9-26.
- Baranowski T, Domel S, Gould R, Baranowski J, Leonard S, Treiber F, Mullis R. Increasing Fruit and Vegetable Consumption among 4th and 5th Grade Students: Results from Focus Groups Using Reciprocal Determinism. Journal of Nutrition Education. 1993; 25: 114-120.
- Benn J. Børn, mad og måltider i skolen. I: Børn, Mad & Måltider. Rapport fra en strategikonference. Sundhedsstyrelsen. 1998.
- Benn J. Kost i skolen - skolekost I og II. Ph.d. afhandling. Institut for biologi, geografi og hjemkundskab. Danmarks Lærerhøjskole, 1996.
- Birch LL. Effect of peer model's food choices and eating behaviors on preschooler's food preferences. Child Development. 1980; 51: 489-496.
- Birch LL. Preschool Children's Food Preferences and Consumption Patterns. Journal of Nutrition Education. 1979; 11: 189-192.
- Birch LL, Zimmerman SI, Hind H. The Influence of Social-affective Context on the Formation of Children's Food Preferences. Child Development, 1980; 51: 856-861.
- Block G, Patterson B, Subar A. Fruit, Vegetables, and Cancer Prevention: A Review of the Epidemiological Evidence. Nutrition Cancer. 1992; 18: 1-29.
- Brug J, Hespers HJ, Kok G. Differences in psychosocial factors and fat consumption between stages of change for fat reduction. Psychology and Health. 1996; 11: 1-9.
- Bruner AB m.fl. Lancet 1996; 348: 992-6.
- Buus H, Haastrup L, Marosi K. Kan man spise flere kulhydrater? Resultater fra spørgeskemaundersøgelse af 725 kvinders madvaner i børnefamilier. Kræftens Bekæmpelse og Levnedsmiddelstyrelsen. København. 1995.
- Chapman G, Maclean H. "Junk Food" and "Healthy Food": Meanings of Food in Adolescent Women's Culture. Journal of Nutrition Education. 1993; 25: 108-113.
- Cullen KW, Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G. Intervention Mapping: Use of Theory and Data in the Development of a Fruit and Vegetable Nutrition Program for Girl Scouts. Journal of Nutrition Education. 1998; 30: 188-195.
- Devine CM, Sandström B. Danish women's attitude and beliefs about dietary fat: age group differences. Scandinavian Journal of Nutrition, 1995; 39: 98-102.
- Epstein LH. Exercise in the treatment of childhood obesity. International Journal of Obesity. 1995; 19, suppl. 4: S117-S121.

- Fabry P, Hejda S, Cerny K, Osancova K, Pechar J. Effect of Meal Frequency in Schoolchildren. Changes in Weight-Height Proportion and Skinfold Thickness. *American Journal of Clinical Nutrition*. 1966; 18: 358-361.
- Fagt S, Groth MV, Andersen NL. Danskernes kostvaner 1995. Mad og måltider. Fødevaredirektoratet. København. 1998.
- Forbrugerinformationen. Bedre kost og mere motion. Pjece. Oktober 1999.
- Gabrielsen TS, Mach-Zagal R. Sundhedspædagogik for praktikere. Munksgaard, København. 1997.
- Groth M. Personlig meddelelse. 2000.
- Haastrup L. Maden på bordet! Strukturel kulturanalyse af husarbejde, mad og måltider. Danmarks Lærerhøjskole. 1990.
- Hearn MD, Baranowski T, Baranowski J, Doyle C, Smith M, Lin LS, Resnicow K. Environmental Influences on Dietary Behavior Among Children: Availability and Accessibility of Fruits and Vegetables Enables Consumption. *Journal of Health Education*. 1998; 29:26-32.
- Hjerteforeningen og Hjemkundskabslærerforeningen. Skoleelevers vaner med hensyn til morgenmad og madpakker. København. 1994.
- Hoglund D, Samuelson G, Mark A. Food Habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1998; 52: 784-9.
- Holm L. Kostens forandring. Ph.d. afhandling. Akademisk Forlag, København, 1991.
- Holm L, Iversen T. Moderne madvaner. *Dansk Sociologi*. Nr.4/8. årg. 1997.
- Holm L, Kildevang H. Consumer's Views on Food Quality: A Qualitative Interview Study. *Appetite*. 1996; 27: 1-14.
- Holstein BE, Due P. Danske børns sundhed – og deres kostvaner. I: Børn, Mad & Måltider. Rapport fra en strategikonference. Sundhedsstyrelsen. 1998.
- Holt SHA, Delargy HJ, Lawton CL, Blundell JE. The effect of high-carbohydrate vs high-fat breakfasts on feelings of fullness and alertness, and subsequent food intake. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*. 1999; 50: 13-28.
- Jensen BB, Schnack K. Handlekompetence som didaktisk begreb. *Didaktiske studier*. Danmarks Lærerhøjskole. 1993.
- Kanarak R. Psychological effects of snacks and altered meal frequency. *British Journal of Nutrition*, 1997; 77 suppl.1: S105-S120.
- Kelder S, Perry CL, Klepp K-I. Community-Wide Youth Exercise Promotion: Long-Term Outcomes of the Minnesota Heart Health Program and the Class of 1989 Study. *Journal of School Health*, 1993; 63: 218-223.
- Kjøller M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA. Sundhed og sygelighed i Danmark 1994 – og udviklingen siden 1987. København: DIKE. 1995
- Klepp K-I, Frost Andersen L, de Paoli M, Halvorsen M, Bjørneboe G-EAa. Tiltak for å fremme sunne kostvaner blant skoleelever. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. 1998; 118: 3306-3309.
- Klepp K-I, Øygard L, Tell GS, Vellar OD. Twelve year follow-up of a school-based health education programme. The Oslo Youth Study. *European Journal of Public Health*. 1994; 4: 195-200.
- Koivisto U-K, Fellenius J, Sjödén P-O. Relations Between Parental Mealtime Practices and Children's Food Intake. *Appetite*. 1994; 22: 245-58.
- Lennernäs M. När och hur ska vi äta?. *Mjölkspegeln*. 1999; 3: 9-11.

- Levnedsmiddelstyrelsen. Helhedssyn på brød og andre kornprodukter. Søborg. 1988.
- Levnedsmiddelstyrelsen. Mælk og andre mejeriprodukter vurderet fra et helhedssyn. Søborg. 1994.
- Lissau I, Breum L, Sørensen TIA. Maternal attitude to sweet eating habits and risk of overweight in offspring: a ten-year prospective population study. *International Journal of Obesity*. 1993; 17: 125-129.
- Lissau I, Sørensen TIA. Parental neglect during childhood and increased risk of obesity in young adulthood. *Lancet*. 1994; 343: 324-327.
- Lissau-Lund-Sørensen I, Sørensen TIA. Prospektive study of the influence of social factors in childhood on risk of overweight in young adulthood. *International Journal of Obesity*. 1992; 16: 179-175.
- Lupton D. *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. Sage Publications. Great Britain. 1995.
- Lyhne N. Unges kost- og motionsvaner i Danmark. *Scandinavian Journal of Nutrition*. 1998; 42: 13-16.
- Lyhne N, Ovesen L. Added sugars and nutrient density in the diet of Danish children. *Scandinavian Journal of Nutrition*. 1999; 43 :4-7 .
- Madsen M, Lindahl A, Osler M, Bjerregaard P. Børns sundhed ved skolestart 1988/89. København. DIKE. 1991.
- Marosi K. Rammer og vilkår for mad og måltider. En spørgeskemaundersøgelse om mad og måltider i grundskoler og fritidsinstitutioner. København. 2000.
- Meillier L. Sundhedsoplysning og forandring. Mænd, oplysning og forandring af sundhedsvaner. Institut for epidemiologi og social medicin. Aarhus Universitet. 1994:9.
- Michaelsen KF, Mølgaard C. *Ugeskrift for Læger*. 1994; 156: 965-99.
- Mikkelsen P, Munck K. Børns trivsel og manglende trivsel. Rapport fra konferencen på Højvangsseminariet 4. maj 1999.
- Morrison M. Researching Food Consumers in School. Recipes for concern. *Educational Studies*. 1995; 21: 239-263.
- Morrison M. Sharing food at home and school: perspective on commensality. *The Sociological Review*, Blackwell Publishers. 1996.
- Morrison M, Burgess RG. Chapatis and Chips: Encountering Food Use in Primary School Settings. Paper prepared for an International Conference on Children's Food and Drink: Today's Market and Tomorrow's Opportunities at Chipping Campden Food and Drink Association. November 1993.
- Nielsen GA. Gymnasie- & HF-elevs sundhedsvaner & livsstil 1996-97. DIKE, 1998.
- Nielsen NS. Sundhed og livsstil hos elever på ungdomsuddannelserne i Frederiksborg Amt. DIKE. 1998.
- Nordisk Kelloggs. Børns morgenmads- og frokostvaner. København. 1998.
- Nordlund G, Jacobson T. Högstadienheten. Högstadielärovernas måltidsvanor relaterat till hur de mår och känner sig i skolan, deras skolprestationer och sociala bakgrund. Pedagogiska rapporter från Pedagogiska institutionen, Umeå universitet. Nr 53, 1997.
- Nutbeam D, Aarø L, Carford J. Understanding Childrens' Health Behaviour: The Implications For Health Promotion For Young People. *Social Science Medicine*. 1989; 29: 317-325.
- Nørung B. Personlig meddelelse. 1999.

Osler M, Godtfredsen J, Grønbæk M, Markmann P, Overvad K. En kvantitativ vurdering af kostens betydning for dødeligheden af hjertesygdomme i Danmark. Beregning af ætiologisk fraktion. Ernæringsrådet. København. 2000.

Ovesen L. LST-nyt. Levnedsmiddelstyrelsen. Søborg. Nr.3. 1996.

Pedagogiske institutionen, Umeå Universitet. Enkät svar – fakta om skolmat i Norden. Umeå, 1999.

Pedersen AN, Ovesen L (red.). Anbefalinger for den danske institutionskost. Fødevaredirektoratet og Økonomiskolen i København. København. 1999.

Petersen T, Nielsen A, Paludan M, Rasmussen S, Madsen M. Børns sundhed ved slutningen af skolealderen. En undersøgelse blandt elever i 8. og 9. klasse i 1996/97. Statens Institut for Folkesundhed. København. 2000.

Politt E, Mathews R. Breakfast and cognition: an integrate summary. American Journal of Clinical Nutrition. 1998; 67 (suppl): 804S-813S.

Pruzan VB. Ansvar og værdier. En undersøgelse i børnefamilier. Socialforskningsinstituttet. København. 1999.

Rasmussen M, Due P, Holstein BE. Skolebørneundersøgelsen 1998, Komiteen for Sundhedsoplysning, København, 2000.

Sandström B, Aro A, Becker W, Lyhne N, Pedersen JJ, Þórsdóttir I. Nordiska näringsrekommendationer 1996. Nord 1996;28. København, 1996.

Sjöden PO, Lappalainen R, Fellenius J. Psykologiske aspekter på kostvaner hos barn. Näringsforskning. 1985; 3: 89-95.

Statens ernæringsråd og Oplysningskontoret for frukt og grønt. Oslo, 1997.

Steinmetz KA, Potter JD. Vegetables, fruit, and cancer prevention: A review. Journal of the American Dietetic Association. 1996; 96: 1027-1039.

Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge. Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 928 af 5. december 1995. Samt lov nr. 348 af 14. juni 1995.

Sundhedsministeriet. Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008. Sundhedsministeriet. København, 1999.

Sundhedsstyrelsen. Mad og måltider som en del af skolens hverdag. En sociokulturel undersøgelse af grundskolers erfaringer med mad- og måltidsordninger, København. 1999.

Sundhedsstyrelsen. Rapport fra strategikonference. Børn, Mad og Måltider. København, 1998.

Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Hvor stort er problemet og hvordan kan man forebygge? Forebyggelse og sundhedsfremme. 1997; 10.

Sundhedsstyrelsen. Se signaler. Spiseforstyrrelser – de professionelle voksnes opgaver. København. 2000.

Sørensen HT, Sabroe S, Gillmann M, Rothman KJ, Madsen KM, Fischer P, Sørensen TIA. Continued increase in prevalence of obesity in Danish young men. International Journal of Obesity. 1997; 21: 712-14.

Thuen F, Klepp K-I, Wold B. Risk-seeking and safety-seeking behaviours: a study of health-related behaviours among Norwegian school children. Health Education Research. 1992; 7: 269-276.

Tones K. Improving the Diet of Young People: The role of Health Promotion. I: Børn, Mad & Måltider. Rapport fra en strategikonference. Sundhedsstyrelsen. 1998.

Trolle E. Personlig meddelelse. 2000

Trolle E, Fagt S, Ovesen L. Frugt og grønsager. Anbefalinger for indtagelse. Veterinær- og Fødevaredirektoratet. Søborg. 1998.

Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse af lov om folkeskolen. Nr. 561 af 25. Juni 1997. WWW.UVM.DK, 1998.

Undervisningsministeriet. Sundheds- og seksualundervisning og familiekundskab. Faghæfte 21. Folkeskoleafdelingen, 1995.

Undervisningsministeriet. Hjemkundskab. Faghæfte 11. Folkeskoleafdelingen, 1995.

Vaisman N, Voet H, Arkivis A, Vakil E. Effect of breakfast timing on the cognitive functions of elementary school students. Arch Pdiatr Adolesc Med. 1996; 150:1089-92.

Vinther-Jensen K. Empowerment: Visioner i praksis – Et kvalitativt studie af en sundhedsfremmende borgerstyret lokalsamfundsintervention. Nordiska Hälsovårdhögskolan, Göteborg. MPH 1999:21.

Waadegaard M. validering af et spørgeskema til undersøgelse af forekomsten af risikoadfærd for udvikling af spiseforstyrrelser i Danmark. DIKE. 1996.

WHO. Health21. An introduction to the Health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 5. Copenhagen. 1998.

WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. Canadian Journal of Public Health. 1986; 77: 425-27.

WHO, EU, Europarådet. Healthy Eating for young people in Europe. A school based nutrition guide. WHO. 1999.

Wyon DP, Abrahamsson L, Järtelius M, Fletcher RJ. An experimental study of the effect of energy intake at breakfast on the test performance of 10-year-old children i school. International Journal of Food Sciences and Nutrition. 1997; 48: 5-12.

Øygard L, Klepp K-I. Influences of Social Groups on Eating Patterns: A Study Among Young Adults. Journal of Behavioral Medicine. 1996; 19: 1-15.

Mad og måltider – en fælles investering i sundhed og trivsel
Sundhedsfaglig dokumentation og anbefalinger for mad og måltider i grundskoler og fritidsinstitutioner.

©Sundhedsstyrelsen

Grafisk tilrettelæggelse: Cohn & Wolfe
Repro og tryk: Notex Offset
Forsidefoto: Peter Eilertsen

Udgivet i 2000
1. udgave, 1. oplag

ISBN nr. 8790951-65-4

Udgivet af Sundhedsstyrelsen

Kopiering er kun tilladt i henhold til overenskomsten mellem Undervisningsministeriet og CopyDan.