

BARNEHAGEN I PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE

Asle Holthe

De nasjonale retningslinjene for mat og måltider i barnehagen er et viktig element i den nasjonale folkehelsepolitikken. For å styrke implementeringen av retningslinjene kan barnehagene inngå forpliktende samarbeid gjennom partnerskap.

Kostholdstiltak i barnehagen som ledd i folkehelsearbeidet

Folkehelsearbeid brukes som et samlebegrep for alle typer tiltak der formålet er å fremme helse og hindre at sykdommer, skader eller sosiale problemer oppstår. Målet med satsingen på folkehelse er et sunnere Norge gjennom en politikk som for det første skal medvirke til å bedre den generelle helsetilstanden i befolkningen, og som for det andre skal medvirke til å utjevne helseforskjeller mellom ulike sosiale lag (Helsedepartementet, 2003a). Mæland hevder at det som har løftet den norske befolkningens helse til dagens høye nivå, først og fremst er de kollektive forbedringene i ernæring, hygiene, levestandard, arbeidsmiljø og forebyggende helsestell, og ikke utviklingen av medisinsk behandlingsteknologi (Mæland, 2004). Forskning har vist at generelle befolkningsrettede tiltak er mest effektive for å fremme folks helse, enklest å administrere og mindre diskriminerende enn selektive tiltak (Mackenbach, Bakker, Sihto, & Diderichsen, 2002; Mæland, 2004). I Norge har vi lang tradisjon for å iverksette politiske tiltak for å bedre kostholdet i befolkningen, og vi har hatt en nasjonal ernæringspolitikk og kostanbefalinger siden 1950-årene (Aadland, Haug, Rimestad, & Samdal, 2006), og de største ernæringsmessige utfordringene nå er å redusere inntaket av fett, sukker og salt, og øke forbruket av grønnsaker, frukt, grove kornprodukter og fisk. Slike endringer i kostholdet vil redusere risikoen for en rekke kostholdsrelaterte sykdommer, overvekt og redusere sosiale helseforskjeller (Helsedepartementet, 2003b).

Sentralt i folkehelsepolitikken er å iverksette tiltak på de ulike arenaene hvor mennesker oppholder seg (Brown & Duncan, 2002). Det faktum at de aller fleste barn i Norge går i barnehage gjør at barnehagen blir en viktig arena for å fremme folkehelsen.

Kostholdsundersøkelser (Kristiansen & Frost Andersen, 2009; Pollestad, Øverby, & Frost Andersen, 2002; Nina Cecilie Øverby, 2009; Nina C. Øverby, Lillegaard, Johansson, & Andersen, 2004) og kartlegging av mattilbudet i barnehagen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) viser at kostholdet blant barn i barnehagealder og mattilbudet i barnehagene har ernæringsmessige svakheter. Ved å fastsette nasjonale retningslinjer for mat i barnehagen gir

myndighetene føringer for det mattilbudet barnehagene skal gi, slik at kostholdet blant barn i barnehagealder kan bedres ernæringsmessig, og dermed forebygge en rekke kostholdsrelaterte sykdommer og fremme folkehelsen. Denne nasjonale politikken skal altså bidra til å løse et voksende problem; usunne kostvaner og overvekt. Utviklingen er en trussel mot både livskvaliteten for den enkelte og for samfunnsøkonomien generelt. Samfunnskostnadene som kan knyttes til livsstilssykdommer som følge av usunt kosthold, fysisk inaktivitet og overvekt, anslås til å utgjøre 1-2 % av BNP, og kan på sikt utgjøre en trussel mot velferdsnivået (Nordisk ministerråd, 2006). Målet med de nasjonale retningslinjene er at barnehagene skal gi et sunt og helsefremmende mattilbud. Selv om matvanene ikke er stabile i barne- og ungdomsårene, blir grunnlaget for sunne kostvaner lagt tidlig i barndommen (Hursti & Sjødèn, 1997). Matpreferanser og kostvaner kan påvirkes, og fordi de fleste barn i Norge går i barnehage, blir barnehagen en viktig arena for å gi sunne kostvaner i barneårene og slik legge grunnlag for et sunt kosthold i voksen alder.

Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen

Helsemyndighetene fastsatte i 2007 nye retningslinjer for mat og måltider i barnehagen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a), som gjelder for alle barnehager uavhengig av eierforhold. Disse erstatter retningslinjene fra 1995 og er forankret i barnehageloven, rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver, og i forskrift for miljørettet helsevern i barnehager og skoler (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). De nye retningslinjene representerer en kursendring for å redusere helserisiko ved å stimulere til miljømessige endringer i barnehagen, og slik fremme en ønsket kostholdsattferd blant barnehagebarna. Barnehagens oppgaver på matområdet er altså blitt utvidet og tydeliggjort i de nye nasjonale retningslinjene (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a). Retningslinjene er inndelt i to hovedområder, (i) måltider og (ii) mat og drikke, og gir følgende føringer for barnehagens arbeid med måltider:

MÅLTIDER

Barnehagen bør:

1. Legge til rette for minimum to faste, ernæringsmessig fullverdige måltider hver dag med medbrakt eller servert mat
2. Sette av god tid til hvert måltid, minimum 30 minutter til å spise, slik at barna får i seg tilstrekkelig med mat
3. Legge til rette for å kunne spise frokost for de barna som ikke har spist frokost hjemme
4. Ha maksimum tre timer mellom hvert måltid. Noen barn, særlig de yngste, kan ha behov for å spise oftere

5. Legge til rette for at de voksne tar aktivt del i måltidet og spiser sammen med barna
6. Legge til rette for et godt fungerende og trivelig spisemiljø
7. Sørge for god hygiene før og under måltidene og ved oppbevaring og tilberedning av mat
8. Ivareta måltidets pedagogiske funksjon

MAT OG DRIKKE

1. Maten bør varieres over tid og gi varierte smaksopplevelser
2. Måltidene bør settes sammen av mat fra følgende tre grupper:
 - Gruppe 1: Grovt brød, grove kornprodukter, poteter, ris, pasta osv.
 - Gruppe 2: Grønnsaker og frukt/bær
 - Gruppe 3: Fisk, annen sjømat, kjøtt, ost, egg, erter, bønner, linser osv.
3. Plantemargarin og olje bør velges fremfor smør og smørblendede margarintyper
4. Drikke til måltidene bør bære skummet melk, ekstra lettmeik eller lettmeik
5. Vann er tørstedrikk mellom måltidene, og bør også tilbys til måltidene
6. Mat og drikke med mye tilsatt sukker bør unngås
7. De fleste markeringer og feiringer bør gjennomføres uten servering av søt og fet mat og søt drikke
(Sosial- og helsedirektoratet, 2007a, s. 6)

Utfordringene for barnehagene er å implementere retningslinjene ved å gjøre de nødvendige endringer i sin praksis for eksempel ved å inngå partnerskap med aktuelle aktører i nærmiljøet.

Partnerskap for folkehelse

Folkehelsemeldingen omtaler partnerskap for folkehelse som et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet (Helsedepartementet, 2003a), og kan blant annet fremmes gjennom mobilisering i lokalsamfunnet og hos enkeltindivider. Partnerskap kan også sikre samarbeid mellom ulike sektorer, slik at helseargumentet får økt gjennomslag i politiske beslutningsprosesser både når det gjelder samfunnsforhold, miljøforhold, levevaner og innretning på helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2007b). De legger til rette for å involvere et bredt sett av lokale aktører som andre deler av den kommunale forvaltningen, frivillige organisasjoner og næringslivet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Partnerskap er løst koblede organisasjoner, og de er basert på at en forståelse av at aktører er gjensidig avhengig av hverandre for å oppnå mer enn de kan greie hver for seg, ved å forene ressursene sine. Utgangspunkt er å se helse i en helhetlig sammenheng og å samarbeide om felles utfordringer, og partnerskapene blir ofte omtalt som et forpliktende samarbeid mellom selvstendige partnere i et fremforhandlet interessefelleskap (Ouff, Bergem, Hanche-Dalseth, Vestby, & Helgesen, 2010). Ouff og kolleger skiller mellom fire ulike partnerskap i folkehelsearbeidet (Ouff, et al., 2010):

- *Institusjonelt partnerskap* har som oppgave å sette rammer for plan- og utviklingsarbeidet, og å stimulere partnerne til å utføre sin del av prosessen. Slike partnerskap kjennetegnes ved stor grad av formalisering, en etablert legitimitet og aksept, et avgrenset antall partnere og et klart uttrykt formål, et eksempel på institusjonelle partnerskap er fylkene sine folkehelseprogram/-prosjekt (Ouff, et al., 2010).
- *Strategiske partnerskap* har som oppgave å sette bestemte saker på den politiske dagsorden, ved å utvikle en felles forståelse av hvordan situasjonen er, hvordan det er ønskelig at den utvikler seg, og hva en da må gripe fatt i. Slike partnerskap kjennetegnes ved liten grad av formalisering og et relativt flatt hierarki. De fungerer ofte slik at en kjerne av partnere mobiliserer andre når behovet er der (Ouff, et al., 2010).
- *Taktiske partnerskap* har som oppgave å bidra med ressurser i form av arbeid og kapital til prioriterte prosjekt og aktiviteter. Slike partnerskap kjennetegnes ved stor grad av formalisering, avgrenset antall partnere, et sterkt behov for tillit mellom partnerne, og et stort behov for aksept og legitimitet av felles handlingsprogram (Ouff, et al., 2010).
- *Operative partnerskap* har som oppgave å gjennomføre konkrete tiltak og aktiviteter. Slike partnerskap kjennetegnes ved stor grad av formalisering, juridisk bindende avtaler, eksternt gitt legitimitet, klar arbeidsdeling og et klart fokus på gjennomføring (Ouff, et al., 2010).

Fra institusjonelt til operasjonelt partnerskap

Prosjektet knyttet til endring, tilrettelegging og kvalitetssikring av mat og måltider i de kommunale barnehagene i Fjell kommune (se bidraget fra Landro i dette nummeret av Skriftserien) kan ses på som et *institusjonelt partnerskap* mellom Fjell kommune, Høgskolen i Bergen og Utdanningsdirektoratet. Utdanningsdirektoratet lyste i 2007 ut midler til utvikling av samarbeidsformer mellom universitets- og høgskolesektoren og skole- og barnehageeier. Første steg i det institusjonelle partnerskapet var at Fjell kommune og Høgskolen i Bergen utviklet en felles søknad om midler innenfor de rammene som Utdanningsdirektoratet hadde fastsatt i utlysningen, blant annet at prosjektet skulle organiseres i to faser: 1) planlegging og forarbeid og 2) implementering og justeringsarbeid. Prosjektet ble tildelt midler for hver fase og hadde en varighet på tre år. Gjennom søknaden og tildeling av midler var det satt rammer

for utviklingsarbeidet, formålet var klart og det var fastsatt hva de ulike aktørene skulle bidra med. Alle de tre partnerne bidro med midler i arbeidet som ble gjennomført i tråd med den formaliserte søknaden. Fjell kommune stilte barnehagearena til rådighet og Høgskolen i Bergen bidro med forskningskompetanse relevant for innsamling og systematisering av data. Utgangspunktet for kartleggings- og analysearbeidet var Precede-Proceed-modellen som er en modell for planlegging, implementering og evaluering av helsefremmende aktiviteter (Green & Kreuter, 2005).

Første året ble brukt til å kartlegge og analysere måltidssituasjonene i to kommunale barnehager. Det ble gjennomført individuelle intervjuer med barnehagesjefen og begge styrerne, og fokusgruppeintervju med de ansatte i de to barnehagene. Det ble også gjort observasjoner under måltider og av fasiliteter relevant for mat og måltidssituasjonen i barnehagene. På bakgrunn av de systematiserte dataene skisserte kommunen tre sentrale utfordringer for kostholdsarbeidet i de kommunale barnehagene:

- 1. Kartlegging og vurdering av mattilbudet i barnehagene i forhold til de nasjonale retningslinjene*

Barnehagepersonalet oppfattet de nye retningslinjene for mat og måltider i barnehagen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007a) som utfordrende å implementere, og de ønsket et verktøy for å kunne kartlegge og vurdere mattilbudet, for dermed å få oversikt over hvor tiltak burde settes inn i den enkelte barnehage.

- 2. Utvikle en felles standard for mattilbudet i barnehagen*

Kartleggings- og analysearbeidet hadde vist at det var ulike oppfatninger blant de ansatte om hva de mente burde inngå i et sunt kosthold. Det som styrte valgene syntes i stor grad å være knyttet til private oppfatninger, og i mindre grad til faglig dokumentasjon og nasjonale retningslinjer. Ved å utvikle en felles standard for mattilbudet kunne en gjøre det lettere å tilby ernæringsmessig god mat i barnehagene.

- 3. Kompetanseheving av personalet*

Kartleggings- og analysearbeidet avdekket et behov for økt kompetanse blant barnehagepersonalet om mat og måltider. Barnegruppen i barnehagen har endret seg. De yngste barna utgjorde nå større andel enn tidligere. Det ga barnehagene nye utfordringer i forhold til mat, måltider og hygiene, og fordi alle ansatte i den enkelte barnehage tar del i mat- og måltidsaktiviteter, bør kompetansehevingen inkludere alle ansatte.

Etter at disse tre prioriteringsområdene var fastsatt, utviklet partnerskapet seg til flere *operative partnerskap*. Verktøyet for kartlegging av mattilbudet i barnehagene i forhold til de nasjonale retningslinjene ble utviklet av de opprinnelige partnerne; ansatte ved Høgskolen i Bergen og ansatte ved to av barnehagene i Fjell kommune. Disse partnerne hadde selv vært med å prioritere dette tiltaket, og de var derfor trolig også svært motiverte for å utvikle det. Tiltaket var dessuten relativt avgrenset, og dette bidro trolig også til at verktøyet ble utviklet og implementert. Verktøyet er åpent tilgjengelig på nettsiden til Høgskolen i Bergen http://www.hib.no/avd_al/matoghelse/index.htm. Det er også nærmere omtalt i artikkelen Kostholdsmessige utfordringer i barnehagen (Holthe, 2010).

Når en skulle utvikle en felles standard for mattilbudet i barnehagene, var det nødvendig å involvere flere i det operative partnerskapet, og antall partnerskapsmedlemmer økte derfor. De nye partnerne var studenter ved Høgskolen i Bergen, kjøkkenpersonalet ved det kommunale sykehjemmet i Fjell kommune, Baker Brun og storhusholdningsleverandøren Måkestad Engros A/S. Studentene ble trukket inn i partnerskapet av to hovedgrunner: for å få større arbeidskraft til å gjennomføre utvikling og utprøving av nye produkter (varme retter og brød) og for å involvere studentene i et pågående fou-arbeid. Kjøkkenpersonalet ved det kommunale sykehjemmet inngikk i partnerskapet fordi de hadde relevant faglig kompetanse og fordi en antok at kjøkkenet hadde infrastruktur for produksjon av varme retter til de kommunale barnehagene i fremtiden. Baker Brun ble primært trukket inn for å få en bakefaglig kompetanse og som mulig produsent av et brød spesielt tilpasset barn i barnehagen. Måkestad Engros A/S var allerede leverandør av tørrvarer og en del ferskvarer til de kommunale barnehagene og Måkestad ble trukket inn i partnerskapet for å gjøre det enklere for barnehagene å velge sunne varer hos sin leverandør. Utviklingen av en felles standard knyttet til mattilbudet i barnehagen er nærmere beskrevet av Hege Wergedahl i dette nummeret av Skriftserien. De nye partnerskapsmedlemmene inngikk altså i ulike operative partnerskap i prosjektet. De hadde også ulike roller og ulike interesser i partnerskapet. Studentenes rolle var å prøve ut produkter og skape ernæringsmessig gode produkter tilpasset barn i barnehagealder og dette arbeidet kunne inngå som del av et obligatorisk arbeidskrav i studiet. Personalet ved sykehjemskjøkkenet skulle produsere varm mat i større skala til barnehagene, Baker Brun skulle videreutvikle et brød utviklet av studenter og produsere dette for barnehagene, og Måkestad skulle bidra til endring av sine bestillingssider, slik at det ble lettere for barnehagene å velge sunne produkter.

For studentene var arbeidet avgrenset i tid, de valgte selv å være med og de fikk uttelling for arbeidet i studiet. De to kommersielle aktørene er trolig vant til å måtte tilpasse seg en etterspørsel gjennom endring i tilbud og organisering, og de kan ha en økonomisk interesse ved at deres markedsandeler opprettholdes eller økes. Personalet ved sykehjemskjøkkenet var derimot i en annen situasjon. De hadde i utgangspunktet full kapasitetsutnyttelse og kjøkkenets fysiske rammer ga lite rom for utvidet produksjon. Skulle en klare å produsere varmmat til de to barnehagene i prøveperioden, måtte dette skje ved at studenter ved høyskolen laget maten på tidspunkt der kjøkkenpersonalet hadde klart å forskyve matproduksjonen slik at det var fysisk plass til studentene og at det var tilstrekkelig med utstyr tilgjengelig. På dette tidspunktet var det besluttet at sykehjemskjøkkenet skulle bygges om. I planene for det nye sykehjemskjøkkenet hadde en ikke tatt høyde for produksjon av mat til andre driftsenheter i kommunen. Erfaringene fra prosjektet med å lage varm mat til barnehagene viste med all tydelighet at barnehagene ønsket et slikt tilbud, og de ansatte ved sykehjemskjøkkenet fikk positive tilbakemeldinger fra barn og barnehageansatte, og dette førte til at denne delen av partnerskapet utviklet seg mer til et *strategisk partnerskap*. Prosjektet hadde vist at det var behov for produksjon av varm mat til barnehagene, og disse erfaringene ble lagt fram for byggekomiteen og kommunens toppledelse slik at det kunne gjøres endringer i det planlagte kjøkkenet, og dermed dekke de nye behovene som hadde oppstått. Det ble også jobbet aktivt med å kunne øke bemanningen på kjøkkenet i takt med det økte produksjonsvolumet. Når disse hindringene er fjernet, er det en tilstrekkelig infrastruktur til at sykehjemskjøkkenet kan produsere varmmat til barnehagene i Fjell. Tidligere forskning har derimot vist at det er vanskelig å få til samarbeid på tvers av hierarkiske strukturer (Ouff, et al., 2010). Den maten som skal produseres på sykehjemskjøkkenet må tilpasses målgruppen – barn i barnehagen (se artikkel av Eli K Aadland i dette nummeret av Skriftserien) og tilpasses barnehagen som organisasjon (Holthe, 2010). Skal en lykkes med dette, forutsetter det et partnerskap på tvers av to av kommunens sektorer; barnehagesektoren og omsorgssektoren. Det strategiske partnerskapet må altså gå over i et operasjonelt partnerskap.

Muligheter innenfor partnerskapsmodellen

Dette prosjektet har vist at partnerskap ikke er stabile organisasjonstyper, men mer en dynamisk prosess der partnerskapet får ulike former etter behov og har ulike partnere, og der partnerne også har ulike roller. Partnerskap er også et langsiktig arbeid som krever forankring i organisasjonene som skal inngå i partnerskapet. I dette prosjektet har den tydeligste

forankringen vært i Fjell kommune og Høgskolen i Bergen. I litteraturen (Helsedepartementet, 2003a; Ouff, et al., 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2007b) blir partnerskap ofte knyttet til formaliserte avtaler. Dette prosjektet har vist at det er mulig å utvikle partnerskap for folkehelse uten formaliserte avtaler, men der partene skaper en gjensidig forpliktelse gjennom dialog, felles interesse og systematisk arbeid. Mangel på avtaler gjør trolig at flere vil kunne ta del fordi samarbeidet oppleves som mindre forpliktende, men en slik mangel på avtaler kan også gjøre arbeidet mer sårbart fordi det blir mer forankret hos enkeltpersoner enn i organisasjoner. Fra januar 2010 har fylkeskommunen fått et lovpålagt ansvar for å ivareta folkehelse i egen tjenesteyting, forvaltning og planlegging og innenfor regional utvikling. Hordaland fylkeskommune har ved utgangen av 2010 inngått partnerskapsavtaler med flere kommuner, statlige institusjoner og frivillige organisasjoner. Det er ennå ikke inngått avtale med Fjell kommune og Høgskolen i Bergen. Slike partnerskapsavtaler vil kunne skape kunnskapsbaserte, langsiktige og systematiske planer for folkehelsearbeidet i fylket, og Fjell kommune og Høgskolen i Bergen bør ha egeninteresse i å inngå slike partnerskapsavtaler med fylkeskommunen.

En evaluering av Helsedirektoratets folkehelsesatsing (Ouff, et al., 2010) har vist at det i stor grad er aktører fra frivillig sektor som deltar i partnerskap og liten grad aktører fra privat sektor. Videre viser evalueringen at de store statlige institusjonene (helseforetak, utdanningsinstitusjoner og NAV) i stor grad fungerte som passive partnere. I dette prosjektet har det ikke vært aktører fra frivillig sektor i partnerskapet. Derimot har det vært flere partnere fra privat sektor, og Høgskolen i Bergen har vært en aktiv bidragsyter. Deltakelse fra privat næringsliv har vært svært nyttig og gjenspeiler den nasjonale politikken på ernæringsområdet, hvor det å utvikle sunne produkter og gjøre disse lett tilgjengelig er et viktig tiltak (Departementene, 2007). Når Høgskolen i Bergen har gått aktivt inn i prosjektet skyldes det at prosjektet har vært ansett som faglig relevant for fagmiljøet ved seksjon for mat og helse. Prosjektet har gitt mulighet for å trekke studenter inn i et pågående fou-arbeid og har hatt potensial til å bli et spennende fou-arbeid for ansatte ved seksjonen.

Fokus på ernæring er relativt vanlig i partnerskapsarbeidet i kommunene (Ouff, et al., 2010). Samtidig rapporteres det at mange opplever det tungt å involvere grunnskolen, fordi det er lite fleksibilitet i systemet, og at verken ledelse eller ansatte ser folkehelsearbeid som relevant for dem. Det rapporteres at det er noe lettere å engasjere barnehagene (Ouff, et al., 2010). I dette prosjektet var det ikke vanskelig å engasjere barnehagene i utviklingen av prosjektet og i

partnerskapet. Det kan trolig forklares med at barnehagesjefen, styrere og ansatte har vært aktivt med i alle faser av arbeidet.

Laverack (2004) påpeker at partnerskap har to hovedfunksjoner. Den ene er at partnerskap kan bidra med støtte, kompetanse og ressurser. Den andre er at partnerskap går utenfor eget system og vil dermed kunne være med å påvirke samfunnet i en større sammenheng gjennom blant annet mobilisering. Partnerskapet i dette prosjektet har først og fremst vært knyttet til utvikling av folkehelseiltak innen for egen tjenesteyting i Fjell kommune. Samtidig har noen av de operative partnerskapene videreutviklet seg og når lenger enn tjenestetilbudet i Fjell kommune ved at de er gjort tilgjengelig for en større målgruppe. Dette kan trolig forklares med at en i dette prosjektet også har involvert partnere som har en stort nettverk og dels innovativ kompetanse, og dette har ført til det Laverack omtaler som mobilisering.

Oppsummering

Barnehageeier har ansvar for at barnehagene følger de nasjonale retningslinjene for mat og måltider i barnehagen. Denne artikkelen viser hvordan barnehagesektoren i en kommune kan inngå partnerskap for å implementere de nasjonale retningslinjene for mat og måltider i barnehagen. Partnerskapene er løst koblede organisasjoner der deltakerne oppnår mer enn de kan klare hver for seg. Slike partnerskap kan bidra med støtte, kompetanse og ressurser og slik legge til rette for økt folkehelsefokus i kommunes tjenestetilbud.

Referanser

- Brown, T., & Duncan, C. (2002). Placing geographies of public health. *Area*, 34(4), 361-369.
- Departementene. (2007). *Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011) Oppskrift for et sunnere kosthold*.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: an educational and ecological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (Ot.prp.nr.73)*.
- Helsedepartementet. (2003a). *Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- Helsedepartementet. (2003b). *St. meld. nr. 16 (2002-2003), Resept for et sunnere Norge: folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.
- Holthe, A. (2010). Kostholdsmessige utfordringer i barnehagen I: B.U. Wilhelmsen & A. Holthe (Red.), *Måltider og fysisk aktivitet i barnehagen: barnehagen som arena for folkehelsearbeid* (s. 69-84). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hursti, U.-K. K., & Sjødøn, P.-O. (1997). Changing food habits in children and adolescents. Experiences from intervention studies. *Scandinavian Journal of Nutrition*, 5, 102-110.
- Kristiansen, A. L., & Frost Andersen, L. (2009). *Småbarnskost - 2 år: landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 2 år gamle barn*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Laverack, G. (2004). *Health promotion practice: power and empowerment*. London: Sage.
- Mackenbach, J. P., Bakker, M. J., Sihto, M., & Diderichsen, F. (2002). Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. I: J. Mackenbach & M. Bakker (Red.), *Reducing inequalities in health: a european perspective* (s. 25-49). London: Routledge.
- Mæland, J. G. (2004). Forebyggende sosialmedisinsk arbeid. I: J. G. Mæland, P. Fugelli, G. Høyer & S. Westin (Red.), *Sosialmedisin - i teori og praksis* (s. 335-350). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordisk ministerråd. (2006). Et bedre liv gjennom mat og motion: nordisk handlingsplan for bedre sundhed og livskvalitet gjennom mat og fysisk aktivitet.
- Ouff, S. M., Bergem, R., Hanche-Dalseth, M., Vestby, G.-M., & Helgesen, M. K. (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan*. Volda: Møreforskning Volda.
- Pollestad, M. L., Øverby, N. C., & Frost Andersen, L. (2002). *Kosthold blant 4-åringer: landsomfattende kostholdsundersøkelse UNGKOST-2000*. Oslo: Institutt for ernæringsforskning UIO.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Mat og måltider i barnehagen. Lest 30.11.2009. <http://shdir.no>
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007a). *Retningslinjer for mat og måltider i barnehagen*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007b). *Stoda i det lokale folkehelsearbeidet* Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Øverby, N. C. (2009). *Spedkost 12 måneder: landsomfattende kostholdsundersøkelse blant 12 måneder gamle barn : spedkost 2006-2007*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Øverby, N. C., Lillegaard, I. T. L., Johansson, L., & Andersen, L. F. (2004). High intake of added sugar among Norwegian children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(2), 285-293.
- Aadland, A., Haug, G., Rimestad, A., & Samdal, O. (2006). Norway: physical activity and healthy eating in schools. I: A. Mathieson & T. Koller (Red.), *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity among adolescents*. Florence: WHO European Office for Investment for Health and Development.