



TVÆRGÅENDE SAMMENFATNING FRA
FØRSTE UDMØNTNING AF 11 PROJEK-
TER I

Kommunens plan mod overvægt blandt
børn og unge - satspuljen 2005-2008

2009



Udført for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management Consulting. Oktober 2009

Tværgående sammenfatning fra første udmøntning af 11 projekter i "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge – satspuljen 2005-2008"

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management Consulting

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Overvægt blandt børn, unge og familier,
forebyggelse, indsats, sammenfatning, evaluering

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 31. oktober 2009

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-989-5

Den trykte versions ISBN: 978-87-7676-985-7

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, oktober 2009.

Indhold

Sammenfatning	4
1.1 Evalueringsens formål	5
1.2 Evalueringsens metode	5
2 De kommunale indsatser	6
3 Målsætninger og resultater	9
3.1 Evalueringsens fund	9
3.2 Analyse og vurdering	10
4 Forankring og organisering	11
4.1 Evalueringsens fund	11
4.2 Analyse og vurdering	12
5 Metoder og tilrettelæggelse	13
5.1 Evalueringsens fund	13
5.1.1 Generelle indsatser	14
5.1.2 Specifikke indsatser	14
5.2 Analyse og vurdering	15
6 Kompetenceudvikling	16
6.1 Evalueringsens fund	16
6.2 Analyse og vurdering	18
7 Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	18
7.1 Evalueringsens fund	18
7.2 Analyse og vurdering	22
8 Aktører og opgaver	23
8.1 Evalueringsens fund	23
8.1.1 Projektledere	23
8.1.2 Projektmedarbejdere	24
8.1.3 Andre samarbejdspartnere	24
8.2 Analyse og vurdering	25
9 Konklusion og anbefalinger	26

Sammenfatning

Som en del af satspuljeforliget for 2005-2008 blev der i alt afsat 73 mio. kr. til en kommunal indsats med henblik på at forebygge og behandle overvægt hos børn og unge, og særligt blandt udsatte børn og unge. Puljen administreres af Sundhedsstyrelsen (SST). Midlerne er afsat med følgende formål:

1. At gennemføre strukturerede forebyggelses- og behandlingsindsatser i et antal kommuner
2. At sikre en resultatopsamling, der kan anvendes i en national implementering.

Udmøntningen af midlerne er sket i tre tempi: I 2005 udmøntedes 28 mio. kr. til 11 kommuner. I juli 2007 udmøntedes yderligere 30 mio. kr. til 10 kommuner. I 2009 udmøntedes de resterende 15 mio. kr. til 10 kommuner.

Projekterne fra 1. udmøntning blev afsluttet medio 2008 til medio 2009. Projekterne fra 2. udmøntning forventes afsluttet ultimo 2010. 3. udmøntning forventes afsluttet i 2011. Disse udviklingsprojekter er samlet under overskriften "Kommunens plan mod overvægt".

SST har i første og anden udmøntning stillet krav om, at kommunernes projekter indeholdt både en generel og en specifik indsats. I tredje udmøntning er der specielt fokuseret på modeller og metoder til specifik indsats i den kommunale sundhedstjeneste.

I forbindelse med evaluering af projekterne har der fra første udmøntning været stillet krav om, at hver kommune gennemfører en evaluering af deres projekt.

Der har ikke været stillet krav om, at særlige evalueringsspørgsmål skulle besvares, hvorfor disse samt evalueringdesign er tilpasset lokale behov alene.

Ved anden udmøntning blev det besluttet at afsætte midler til, at SST - ud over projekternes egen evaluering - skulle gennemføre en tværgående evaluering foretaget af ekstern evaluator. Den tværgående evaluering skal gennemføres ved hver udmøntnings afslutning og til slut i form af en samlet tværgående evalueringsrapport omfattende hele projektperioden.

SST har til dette formål fået udarbejdet flere standardiserede indrapporteringsskemaer, som alle kommuner er forpligtet til at anvende.

SST har ligeledes fået udarbejdet en drejebog med fokus på overvægt og tilhørende evalueringstemaer - til støtte for projekternes egen evaluering.

I denne rapport sammenfattes evalueringerne af de kommunale projekter i første udmøntningsrunde. Rapporten er udarbejdet af Rambøll Management Consulting.

1.1 Evalueringens formål

Evalueringens genstandsområde behandler seks temaer: (i) Mål og resultater, (ii) Forankring og organisering, (iii) Metoder og tilrettelæggelse, (iv) Aktører og opgaver (v) Kompetenceudvikling, (vi) Rekruttering, fastholdelse og opfølgning.

Temaerne strukturerer ligeledes indholdet af denne sammenfatning.

1.2 Evalueringens metode

Som skrevet sammenfatter denne tværgående evaluering fundene fra 1. udmøntnings projekt-evalueringer. Der er således her tale om en meta-evaluering, hvor der kigges bagud, og hvor evaluator i overvejende grad baserer sine analyser og konklusioner på de eksisterende data, som kommunerne har samlet sammen i projekterne. Der er kun i begrænset omfang foretaget yderligere dataindsamling.

Den tværgående evaluering er således udarbejdet på baggrund af evalueringsrapporter og indrapporteringsskemaer fra de enkelte kommunale projekter. De primære kilder er således baseline-, midtvejs- og slutevalueringsskema for hvert projekt samt en lokalt udarbejdet evaluering.

En svaghed ved meta-evaluering er, at tilgangen beror på sekundære data og således ikke har større udsagnskraft, end det forhåndenværende datamateriale tillader.

I praksis har der i forbindelse med den tværgående evaluering været endog meget stor spredning i evalueringernes sigte og varierende kvalitet i afrapporteringerne, hvilket begrænser styrken i de tværgående analyser og konklusioner.

I enkelte kommunale projekter er midtvejs- og slutevaluering samt/eller egen-evaluering i skrivende stund ikke tilgængelig (Frederikshavn, København, Århus). Derfor indgår disse projekter i mindre omfang i dette vurderingsgrundlag.

Desuden adskiller projektet i Københavns Kommune sig fra de øvrige projekter, idet puljemidlerne til dette projekt udelukkende er givet til at yde tilskud til ansættelse af en kost- og motionsfaglig koordinator, hvorfor dette projekt ikke fylder så meget i den tværgående evaluering.

Som nævnt er der stor forskel på projekternes evaluering i forhold til fokus, design samt kvantitativ og kvalitativ metode- og analysestrategi. Derfor har vi suppleret dataanalysen gennem opfølgende telefoninterviews med projektlederne for at styrke analysen af de tværgående temaer.

Det samlede datamateriale, som foreligger fra de kommunale projekter, er blevet systematisk kodet i forhold til evalueringens temaer og en række afledte hypoteser. Selve kodningen er foretaget af to uafhængige personer (kodere). Begge kodere har indledningsvist gennemført kodning af et ”prøvemateriale” for at sikre ens praksis. Herefter har koderne gennemgået hver sin del af materialet.

Den systematiske kodning af undersøgelsens primært kvalitative datamateriale sikrer en robust og solid analyse af det materiale, som hidrører den tværgående evalueringens temaer, så det således bliver muligt at identificere resultater på tværs af datamaterialet fra de enkelte kommuner via definerede kriterier.

2 De kommunale indsatser

På næste side findes en oversigt over projekterne fra 1. udmøntningsrunde. Oversigten indeholder en kort beskrivelse af de deltagende kommuners projekter, herunder deres målgrupper og aktiviteter i henholdsvis de generelle og specifikke indsatser samt projekternes centrale samarbejdspartnere.

Tabel: 1 Oversigt over projekternes indhold

Kommune*	Frederikshavn	Gladsaxe	Herlev	Langeland	Mariagerfjord
Projekttitel	Den sunde cirkel	Flik-Flak	Tigerspring	Aktiv skole	Trivsel og Trav
Målgruppe: Generel	Børn i 4.- 6. kl.	(0-18-årige)**	(0-18-årige)**	Fødsel-10. kl.	3-12-årige
Specifik	Familier med mindst ét overvægtigt barn 9-13 år.	10-13-årige overvægtige børn og deres familier.	3-6-årige børn, som ligger over 90 % - percentilen for BMI samt bh.kl.-6.kl.-børn som er let til svært overvægtig.	Børn i risiko for udvikling af svær overvægt samt børn og unge med etableret overvægt.	3-12 år overvægtige børn og deres familier.
Primære henviser (foruden projektteam)	Sundhedsplejersker.	Sundhedsplejersker.	Pædagoger, lærere m.fl. henviser til projektet via sundhedsplejen.	Sundhedsplejersker.	Sundhedsplejersker og PPR-medarb.
Aktiviteter: Generel	Skoler arbejder individuelt med at få øget sundhed på skole-skemaet.	Uddannelse af sundhedsmedarbejdere ved institutioner, skoler, SFO'er og klubber: fokus på sundhed og forebyggelse af overvægt.	Opkvalificering af professionelle, uddanne legepatruljer i skoler og institutioner skal udvikle handleplaner for sund kost og bevægelse.	Videreudvikling af sundheds-politik gældende for alle kommunens skoler, kursusaktiviteter for lærere og elever.	Indføre sund mad og øge fokus på fys. akt. i skoler, uddanne bevægelses- og trivselsambassadører, afholde bevægelsesdage mv.
Specifik	Weekendophold på højskole med fokus på kost og motion samt vejlednings-samtaler for deltagende familier.	Behandlings-forløb med fokus på livsstilsændring. Kombination af familiesamtaler, motions-aktiviteter og madlavning.	Gennemførelse af to forløb med bl.a. familiesamtaler, motion, kostvejledning, hjemmebesøg og madlavnings-aftener.	Etablering af tilbud for overvægtige skolebørn og deres forældre.	Rådgivning + undervisning til familier samt flere særligt tilrettelagte idrætstilbud for overvægtige
Centrale samarbejdspartnere	Sundhedsplejersker, skolelærere, kommunallæge, prak. læger, højskolen Diget.	Sundhedsplejersker, skolelærere, SFO, pædagoger, dagpleje, Julemærkehjem.	Sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, skolelærere, tandplejen, kommunallæge, Herlev Idrætsforening.	Sundhedsplejersker, skoleledere, skolelærere, skolebestyrelser, pædagoger, foreninger, fritidsvejleder.	Sundhedsplejersker, PPR, skolelærere, prak. læger, Julemærkehjem, foreninger.

* København indgår ikke i ovenstående skema, idet denne kommune ikke som de andre kommuner har generelle og specifikke indsatser.

** Fagprofessionelle som primære målgruppe (herigennem nås børnene efterfølgende).

tabellen fortsættes næste side

Tabel 1: Oversigt over projekternes indhold (fortsat)

Kommune*	Odsherred	Stevns	Varde	Vordingborg	Århus
Projekttitel	Xtra fokus	Guldklumperne	Rend og hop	Den gode cirkel	Århus har en fed plan
Målgruppe:	0 år – 10 kl.	0-6-årige	0-18-årige	0-18-årige	0-18-årige
Generel					
Specifik	Overvægtige børn og unge og børn i risiko for overvægt.	5-16-årige.	4.- 6. kl.	0-18 år – overvægtige børn eller børn med stor risiko for overvægt samt deres familier.	0-18 år – overvægtige børn eller børn i risiko, forskellige målgrupper i forskellige del-projekter.
Primære henviser (foruden projektteam)	Sundhedsplejersker og sagsbehandlere	Sundhedsplejersker og prak. læger.	Sundhedsplejersker.	Sundhedsplejersker, kommunallæge og prak. Læger.	Sundhedsplejersker.
Aktiviteter:	Opkvalificering af professionelle. Udvikling af kost- og motionspolitik i skoler og institutioner. Arrangementer for alle fx "Hop sjov i skov".	Udvikling af kost- og bevægelses-politik, kompetenceudvikling af personale i daginstitutioner, skoler, sundhedspl.-hjemmebesøg	Udvikling af politikker for kost og leg i daginstitutioner, skoler og SFO, opkvalificering af lærere, pædagoger m.fl.	Udvikling af sundhedspolitik for alle skoler og fritidshjem i kommunen, forbedre rammerne for fys. akt., etablering af legepatruljer.	Udarbejdelse af handleplaner, øget sundhedsundervisning i skoler.
Specifik	Fødselsforberedelseskursus, efter-fødselskursus, "Fedt teater", etablering af vejl. teams til familier, familieskole-forløb.	Alternative motionstilbud for overvægtige børn og unge, madlavningskurser for børn og forældre, Mobile Fitness.	Etablering af livsstilsskole for overvægtige børn og deres forældre indeholdende aktiviteter, undervisning og rådgivning.	Iværksætte behandlingsforløb for overvægtige børn/unge og deres forældre samt tilbud om fys. akt. for SFO-børn.	Tilbud til overvægtige gravide om samtaler om sund livsstil. Tilbud om motionsforløb og rådgivning til overvægtige børn/unge.
Centrale samarbejdspartnere	Sundhedsplejersker, lærere, pædagoger, kommunallæge, Skov- og Naturstyrelsen, lokale foreninger, Odsherred Teater.	Sundhedsplejerske, prak. læger, skolelærere, Julemærkehjem, frivillige foreninger, forældrebestyrelser.	Sundhedsplejersker, skolelærere, pædagoger, idrætsforeninger, DGI.	Sundhedsplejersker, kommunallæge, prak. læger, skolelærere, idrætsforeninger, Gerlev Idrætshøjskole, Rigshospitalet.	Sundhedsplejersker, skolelærere, jordmødre, Videnscenter for Børnesundhed, Videnscenter for Pædagogisk Udvikling.

* København indgår ikke i ovenstående skema, idet denne kommune ikke som de andre kommuner har generelle og specifikke indsatser.

** Fagprofessionelle som primære målgruppe (herigennem nås børnene efterfølgende).

3 Målsætninger og resultater

3.1 Evalueringens fund

Som nævnt indledningsvis har kommunerne ikke været forpligtet til at anvende samme type måleinstrumenter, dvs. indikatorer og metoder til vurdering af del- og slutresultater. Derfor er det kun i begrænset omfang muligt direkte at sammenligne projekternes målsætninger og resultater.

Imidlertid har samtlige projekter også i et eller andet omfang søgt at måle på udviklinger i kropsvægt, -masse og -sammensætning. Desuden har en del kommunale indsatser til formål at sætte ind over for diverse psykosociale aspekter af børne- og ungdomsovervægt. Disse aspekter er også søgt vurderet.

Tabellen nedenfor giver en oversigt over, hvilke instrumenter projekterne har anvendt, og hvorvidt der er indsamlet data på hhv. før-måling og slut-måling, samt hvilket evalueringsdesign der understøtter analyse af data.

Tabel 2: Oversigt over måleinstrumenter, data, samt design

Kommune*	Indikator	Før-måling angivet	Slut-måling angivet	Evalueringsdesign
Frederikshavn	Den specifikke indsats måles vha. BMI, taljemål og konditionstal. Den generelle indsats måles vha. konditionsmålinger ved skolestart og slut på skoleår. Eleverne skal udfylde spørgeskemaer om sundhed, mad og motionsvaner ved skolestart og slut på skoleår.	Ja	Nej	Primært effektevæ-luering
Gladsaxe	Den specifikke indsats måles vha. BMI, spørgeskema ang. kost og motionsvaner samt trivsel og handlekompetencer. Kost og motionsvaner samt selvopfattelse måles ligeledes ved en afsluttende familiesamtale. Antal kontakter mellem klient og behandler samt antal deltagere registreres på skema.	Ja	Ja	Primært proces-evaluering
Herlev	BMI, Fysisk aktivitetsniveau vha. spørgeskema, kostvaner vha. samtaler med familier før og efter udfyldelse af spørgeskemaer, handlekompetence vha. fokusgruppeinterview.	Ja	Ja	Primært proces-evaluering
Langeland	BMI, konditionstest, fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, antal kontakter mellem behandler og klient, deltagelsesprocent.	Ja	Delvist	Primært proces-evaluering
Mariagerfjord	Fysisk aktivitetsniveau, kost, trivsel og selvopfattelse.	Ja	Ja	Primært proces-evaluering
Odsherred	BMI, kostvaner, trivsel, handlekompetence, selvopfattelse, deltagelsesprocent.	Ja	Ja	Primært effektevæ-luering
Stevns	BMI, fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, trivsel, handlekompetencer, selvopfattelse, antal kontakter mellem behandler og klient.	Ja	Ja	Primært proces-evaluering
Varde	BMI, fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, trivsel, handlekompetencer, selvopfattelse, antal kontakter mellem behandler og klient.	Nej	Nej	Primært proces-evaluering
Vordingborg	BMI, fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, trivsel, handlekompetencer, selvopfattelse, antal kontakter mellem behandler og klient.	Ja	Ja	Primært proces-evaluering
Århus	BMI, fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, trivsel, handlekompetencer, antal kontakter mellem behandler og klient.	Nej	Nej	Ved ikke

Tabellen viser, at kommunerne i overvejende grad anvender BMI som endeligt mål for børnenes udvikling i vægt, hvilket kan siges at være den *langsigtede virkning* af indsatsen. Syv kommuner har foretaget baseline-målinger af børnenes BMI for at kunne følge vægtudvikling gennem projektperioden.¹ På trods heraf findes der ikke et solidt datamateriale på tværs af kommunerne for udviklingen i højde og vægt til at kunne foretage en egentlig vurdering af indsatsernes effekt på deltagernes BMI. Generelt er det derfor svært at dokumentere, at projekterne samlet set har medført et egentlig fald i BMI hos målgruppen.

Kommunerne har i noget omfang fokuseret på at dokumentere indsatserne på kort (fx viden og holdningsændringer) og mellemlangt sigt (fx ændring i kostvander, motion etc.).

3.2 Analyse og vurdering

En gennemgang af projekternes målsætninger viser, at de i varierende grad er præcise (dvs. specifikke, målbare, accepterede, realistiske og tidsbestemte), hvilket gør vurderingen af mållindfrielse vanskelig. De lokale evalueringer viser desuden, at der har været varierende grad af målopfyldelse i forhold til de planlagte aktiviteter og produkter.

Dette hænger til dels sammen med, hvor ambitiøse projekternes målsætninger har været. Evalueringerne peger på ændringer i projektaktiviteter i forhold til det planlagte. Eftersom projekternes lokale målsætninger ikke er direkte sammenlignelige, er det kun i yderst begrænset omfang muligt at vurdere projekternes relative mållindfrielse.

På tværs af de kommunale indsatser er der kun begrænset dokumentation af effekter i relation til både umiddelbare resultater, mellemliggende og langsigtede virkninger (sidstnævnte eksempelvis i form af klinisk relevant, varigt vægttab). Dette skyldes, at projektets dokumentationspraksis, som kun i enkelte tilfælde er systematisk, kun i begrænset omfang fremstår som integreret som et projektstyringsredskab.

Endelig har de eksterne evalueringer kun i begrænset omfang haft et effekt-evalueringssigte. Konsekvensen er, at hverken monitorerings- eller evalueringsdata solidt dokumenterer, at et eller flere projekters design og implementering kan gentages andetsteds.

Det er en problematik, som kræver, at der laves en samlet, systematisk evalueringsplan for såvel hele puljen som for de enkelte projekter. Det har i forbindelse med 1. udmøntning hverken i design, gennemførelse eller opfølgning kun i begrænset omfang været tilfældet.

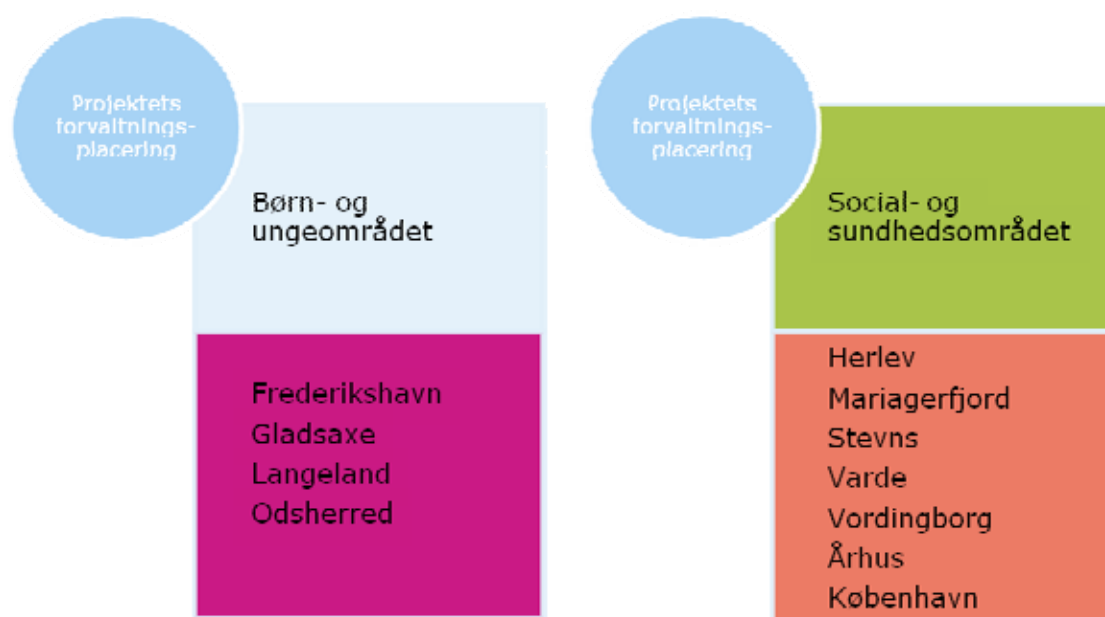
¹ Standarderne for BMI-mål er køns- og aldersjusterede.

4 Forankring og organisering

4.1 Evalueringens fund

Basis organisatorisk forankring. Kommunernes organisering kan opdeles mellem de projekter, der primært er forankret inden for sundhedsområdet og de projekter, der er forankret inden for børn- og ungeområdet i kommunen. Kommunerne har ofte samarbejdet på tværs af de to områder, ligesom det er udbredt at etablere en tværgående styregruppe med repræsentanter fra flere områder (jf. figur 1). Det tværgående samarbejde er ikke overraskende, idet forebyggelsesprojekternes natur i høj grad bevirker, at normalindsatserne på både skole- og sundhedsområdet bliver inddraget.

Figur 1 Organisering af projekterne i forvaltninger



Projektlederne fremhæver vigtigheden af at sikre opbakning fra relevante kommunale beslutningstagere og beslutningsfora og har generelt oplevet betydelig politisk opbakning. Generelt har der været fokus på at styrke såvel den administrative som politiske opbakning til initiativer og organisatoriske strukturer, der understøtter frembringelse af forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser. Evalueringerne viser imidlertid også, at villighed og opbakning i form af positive udmeldinger fra politikerne dog ikke er ensbetydende med økonomisk opbakning.

Opbakning fra det nærmeste administrative ledelsesniveau fremhæves tilsvarende vigtig for at få et projekt om overvægt blandt børn og unge til at lykkes. Flere projektledere har oplevet en begrænset ledelsesopbakning. Generelt er forklaringen, at kommunesammenlægningen har taget meget af ledernes tid og dermed forårsaget, at de har haft mindre opmærksomhed på projekter. Erfaringerne fra såvel denne indsats som andre samtidige projekter viser, at denne brydningstid har været en endda meget svær periode at gennemføre og forankre projektarbejde i.

4.2 Analyse og vurdering

Erfaringerne fra 1. udmøntningsrunde tyder på, at tre forhold er centrale i forhold til organisationen af projektet.

Den interne projektorganisering. Dvs. at en basisorganisatorisk placering i den del af den kommunale forvaltning, hvor projektets primære virke foregår, er central. Ud over at sikre den rette placering er det vigtigt at have et velfungerende samarbejde med andre forvaltninger, som enten har en tæt kontakt til målgruppen eller har iværksat initiativer, der kan supplere indsatsen over for overvægt.

Projektplanlægning og gennemførelse. Erfaringerne fra de lokale evalueringer peger på, at planlægning og klare implementeringsstandarder har været centrale for en planmæssig gennemførelse af projektet.

Projektledelse. En synlig projektleder med gode projektstyringskundskaber og evne til at navigere i en kommunal (forvaltnings)politisk virkelighed, med interessenter fra såvel den frivillige som private sektor er i den henseende af selvstændig betydning.

To forhold fremstår som centrale for forankringen af projektet:

Opbakning fra den kommunalpolitiske ledelse

Opbakning fra den administrative ledelse.

Imidlertid peger evalueringen på, at ledelsesmæssig opbakning og opmærksomhed i sig selv ikke er en garant for succes, men at projekterne har skullet demonstrere sin værdi for at sikre fx videreførelse.

5 Metoder og tilrettelæggelse

5.1 Evalueringens fund

Samtlige kommuner har anlagt en helhedsorienteret tilgang til overvægtsproblematikken. Flere projektkommuner har ud over aktiviteter direkte rettet mod børn og unge også indført mere strukturelle ændringer, såsom kostpolitikker på institutioner mv. Imidlertid har der eksisteret en vis variation i de indsatsstrategier (dvs. metoder og mekanismer) og tilrettelæggelse, som de enkelte kommuner har valgt.

Metoder betyder i denne sammenhæng, hvordan indsatsen når målgruppen. Altså hvordan aktiviteterne er tilrettelagt, således at børnene og de unge bliver påvirket til eksempelvis at optage nye bevægelses- og kostmønstre. Overordnet set arbejder projekterne med to metoder til at nå børnene og de unge: Direkte og indirekte metoder.

- Med "*direkte metode*" menes, at indsatsen er rettet mod børnene selv
- Med "*indirekte metode*" menes, at indsatsen er rettet mod andre aktører end børnene selv, eksempelvis professionelle eller forældre.

Projekterne har i vid udstrækning anvendt *direkte metoder* i forbindelse med specifikke indsatser – eksempelvis ved at projektets kernemedarbejdere selv engagerer børn og unge i holdaktiviteter, hvor de over en periode har sjove oplevelser med bevægelse sammen med andre jævnaldrende. Et andet eksempel på, hvordan den direkte metode er benyttet, er samtaleforløb med børnene for at understøtte den kognitive udvikling i forhold til at ændre vaner.

Et eksempel på, hvor *indirekte metoder* er anvendt, er ved opkvalificering af lærere og pædagoger i en kommunes skoler og daginstitutioner. Rationalet bag en opkvalificering af sådanne personalegrupper er, at de i den daglige kontakt med børnene og de unge kan være med til at sætte rammerne for en sund livsstil ved at påvirke dem til at bevæge sig mere eller spise sundere. For at de relevante personalegrupper kan varetage disse opgaver, er det nødvendigt, at de har det rette vidensniveau og de rette kompetencer.

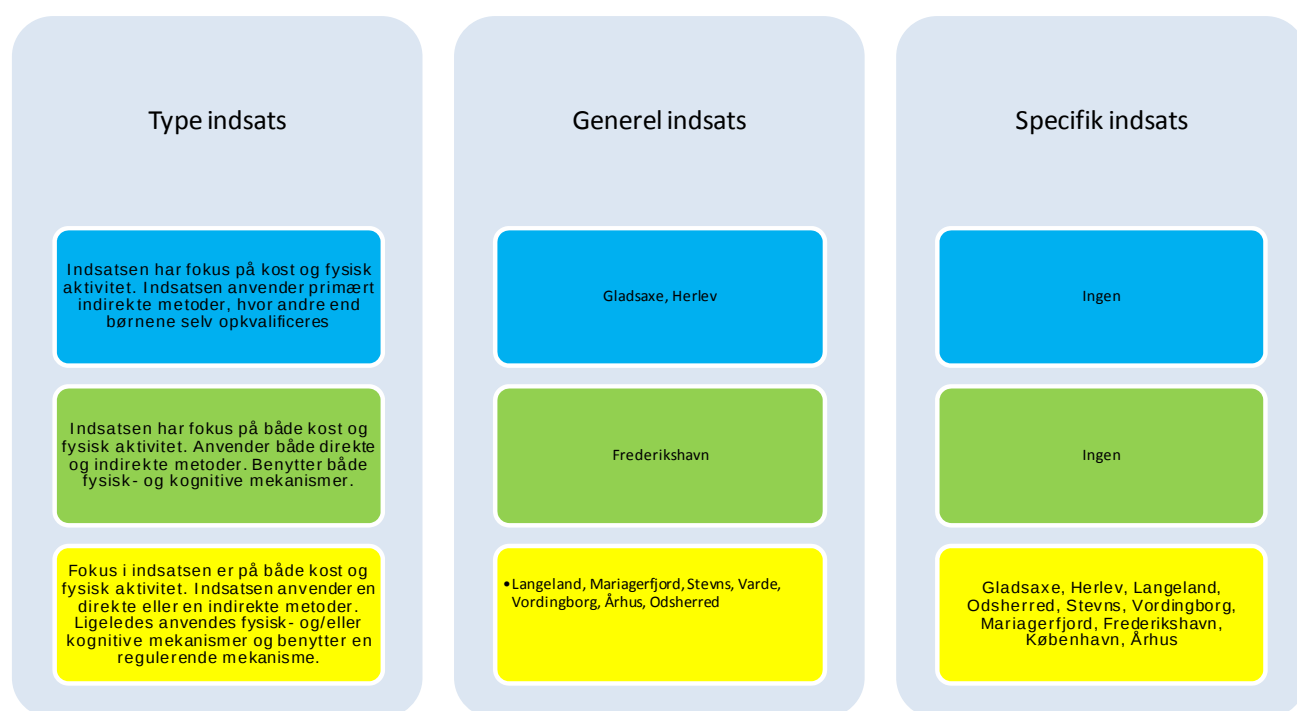
Med *mekanismer* rykkes der et skridt nærmere de konkrete måder, hvorpå de kommunale projekter har søgt at påvirke børn og unges holdning, viden og adfærd i relation til vægt og sundhed, men også i mere generel forstand deres trivsel og selvopfattelse.

Der kan grundlæggende peges på tre typer af anvendte mekanismer: (i) kognitivt intervenerende, (ii) fysisk intervenerende og (iii) reguleringer.

- (i) Med *kognitivt intervenerende* menes, at børn/professionelle udelukkende undervises eller modtager information og ikke udfører egentlige aktiviteter
- (ii) Med *fysisk intervenerende* menes, at børnene deltager aktivt og udfører reelle aktiviteter (eksempelvis madlavning eller motion) i stedet for udelukkende at modtage undervisning/information
- (iii) Interventioner med et *regulerende aspekt* indeholder ændringer på et strukturelt plan og regulerer faktorer i omverdenen, der formodes at have en indvirkning på børnenes overvægt, eksempelvis kostpolitikker, sundhedshandleplaner mv.

Med udgangspunkt i definitionerne af metoder og mekanismer kan de kommunale projekter deles op i følgende tre kategorier i forhold til deres generelle og specifikke indsatser.

Figur 2: Oversigt over kategorier for brug af metoder og mekanismer



5.1.1 Generelle indsats

Projekterne² øverst i figur 2 anvender en indirekte metode – i den forstand at de alle har professionelle som målgruppe. Ved hjælp af indirekte metoder søger projekterne i disse kommuner altså at skabe rammer og engagere ressourcepersoner, der hjælper børnene til at anlægge nye vaner i forhold til kost og motion. De generelle projekter i Gladsaxe og Herlev har begge primært henvendt sig til en bredere målgruppe end udelukkende børn og unge.

Den grønne kategori illustrerer den kommune, som i den generelle indsats anvender flere metoder og mekanismer for at nå målgruppen og for at påvirke dem. I Frederikshavn har den generelle indsats anvendt en kombination af mekanismer og metoder, men der er ikke sat ind med regulerende tiltag. Indsatsen har sat sundhed på skoleskemaet.

De fleste kommuner har enten valgt en enstrengt model med fokus på kognitive indsats eller en meget bred indsats med fokus på både direkte/indirekte metoder, kognitive, fysiske og regulative mekanismer. Det der adskiller kommunerne i den gule kategori i tabel 2 fra de to andre er, at de ud over at anvende flere metoder og mekanismer også har inkluderet et regulerende aspekt i den generelle indsats.

5.1.2 Specifikke indsats

I overensstemmelse med den tidligere anførte helhedsorienterede tilgang til sundhedsfremme og forebyggelse anvender alle specifikke indsats både direkte og indirekte metoder til at nå målgruppen, det vil sige, at både børn og deres familier tilbydes hjælp til at ændre vaner. Langt de fleste kommuner understreger i projektbeskrivelserne for de specifikke indsats

² København indgår ikke i denne kategorisering, da kommunen som førnævnt udelukkende har fået puljemidler til en sundhedskordinator.

nødvendigheden af at sikre, at rammerne omkring børnene muliggør en sund levemåde. Forældre, lærere og pædagoger spiller her en vigtig rolle.

I alle kommuner har fremgangsmåden været at oprette kursusforløb for hele familien. I forlængelse af de benyttede metodiske tilgange er det af stor betydning, at forældrene inddrages i barnets livsstilsændring, da det er forældrenes ansvar, at børnene hjemme lever sundt. I den gængse litteratur på området understreges det ligeledes, at et barn ikke alene kan tage ansvaret for en adfærdsændring, men at det netop kræver, at bl.a. familie og lokalmiljø bakker op og støtter de nye vaner.

Der er forskellige variationer af kursusforløbene, men en fællesnævner for flere af de specifikke indsatser er, at børnene er aktive med diverse fysiske aktiviteter, mens forældrene modtager undervisning om kost og motion. Endvidere deltager hele familien ofte i fælles madlavning, hvor de præsenteres for nye råvarer og opskrifter.

5.2 Analyse og vurdering

Det kan med god ret hævdes, at projekterne har en større sandsynlighed for at lykkes, hvis de er baseret på solid evidens og i øvrigt er implementeret korrekt.

Rambøll har undersøgt, hvilke indsatser som der er forskningsmæssigt belæg for er effektive. Vi har taget udgangspunkt i de indsatser, som effektevaluering med eksperimentalt design har vist er effektiv eller signifikant effektiv³. Kombinationen af metoder og mekanismer i disse indsatser ligger til grund for den kategorisering, som er præsenteret ovenfor. Vores analyse viser, at alle generelle forebyggende projekter, undtaget Herlev, Gladsaxe (og København), er baseret på en kombination af metoder og mekanismer, som har været effektiv i anden kontekst.

Ligeledes viser analysen af de specifikke indsatser, at kombinationen af metoder og mekanismer har været effektiv i en anden kontekst. Der er dog ikke i første udmøntning tale om, at nogen af projekterne decideret anvender evidensbaserede metoder og deres tilhørende implementeringsstandarder.

Imidlertid viser analysen, at projekternes *design* samlet set hviler på et solidt evidensgrundlag, men analysen af projekternes dokumentation viser også, at der *ikke* er udarbejdet implementeringsmanualer eller -standarder, som understøtter implementeringen af indsatsen. Med andre ord viser den tværgående evalueringen, at *planlægningen og gennemførelsen* af projektdesignet skaber store risici for at afvige fra den tilsigtede forandringslogik.

³ Disse er udledt fra de primærstudier, der er refereret til i et systematisk review: Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD001871. DOI:10.1002/14651858.CD001871.pub2 samt en gennemgang af efterfølgende, relevante reviews. Kun et af disse henviser til nye primærstudier; Gittelsohn J, Kumar MB. Preventing childhood obesity and diabetes: is it time to move out of the school? *Pediatric Diabetes*. 2007 Dec.; 8 Suppl. 9:55-69. Kortlægningen viser i alt 19 primærstudier, hvor vi har udledt programteorien samt identificeret relevante metoder og mekanismer, hvorefter disse er grupperet som vist i teksten ovenfor.

6 Kompetenceudvikling

6.1 Evalueringens fund

I forbindelse med kompetenceudviklingen har der i alle projekterne været fokus på at udvikle og gennemføre aktiviteter, der er relevante for de enkelte professionelles daglige arbejde med børn og unge. Kompetenceudviklingen er en primær aktivitet i den generelle indsats, men også i de specifikke indsatser for at sikre, at personalegrupper har kunnet løfte de aktiviteter, som den specifikke del indeholder.

Undervisningen er primært gennemført af medarbejdere fra projektgruppen og af andre relevante professionelle i kommunen. Der er dog også eksempler på anvendelse af eksterne oplægsholdere som sundhedsplejersker, læger, proceskonsulenter, højskolepersonale og ernæringseksperter. Kompetenceudviklingens fokus spænder vidt fra at omhandle vigtigheden af kost, bevægelse til psykologiske og sociale aspekter af overvægt. Tabellen nedenfor giver et overblik over type kompetenceudvikling, omfang samt antallet af modtagerne i de enkelte projekter.

Tabel 3: Type og omfang af kompetenceudvikling

Kommune*	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
Frederikshavn	Kursus for sundhedsplejersker.	Ved ikke	8
Gldsaxe	Kursusforløb for medarbejdere; netværksmøder med faglige oplæg.	3 dage, 3 timers konsulentbistand samt netværksmøder (generel del); sundhedsplejersker: 2 dage + 10 timers supervision, bevægelsesmedarbejdere: 1 dag (specifik del)	Generel del: 28; specifik del: 10
Herlev	Pædagoger i institutioner fik kursus i kost og motionshandleplaner; uddannelse af køkkenpersonale i institutioner i sund kost; uddannelse af forældre i sund kost og sunde madpakker.	1-2 dage	ca. 60
Langeland	Kursus i den motiverende samtale afholdt for sundhedsplejersker, projektmedarbejdere; kurser for lærere og/eller elever skræddersyet skolernes ønsker.	Typisk 1-3 dages varighed for kurserne fordelt over 1-3 måneder, startende med en introduktion til emnet, afprøvning og erfaringsindsamling i egen dagligdag og opfølgende kurser efterfølgende.	124
Mariagerfjord	Workshops for dagplejen; kursus i den anerkendende samtale for skolelærere; idrætsslærerkurser; kursus for sundhedsplejersker; kurser for Trivselsambassadører (kursustilbud til skolelærere).	Halve til hele års kurser med en kursusdag ca. hver 6. uge	65 personer: lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, ledere fra skoler, institutioner og sundhedsplejen
Odsherred	Workshop for sundhedsplejersker og projektmedarb.; kursus for pæd. personale i daginstitutioner; todages kursus for projektmedarb., sundhedsplejersker, fysioterapeuter, uddannelsesafdelingen på sundhedscentret og naturskolen; konferencer for pæd. personale, sundhedsfagligt personale samt ledere, politikere og forvaltning i Odsherred Kommune.	1-2 dages kurser, 3 konferencer a 7 timer.	Ved ikke
Stevns	Efteruddannelse af det tværfaglige team, sundhedsplejersker samt personalet i dagpleje og børnehaver. Gensidig supervision af hinanden indbyrdes i det tværfaglige team; foredrag og kurser for personale i daginstitutioner.	1-3 dages kursusforløb; løbende supervision ved månedlige møder	5 fra tværfagligt team, ca. 80 fra børnehaver – 9 personer i den specifikke indsats og ca. 180 personer i den generelle indsats
Varde	Kursus i den motiverende samtale for sundhedsplejersker og personalet i Sundhedscentret; gymnastikkursus for pædagoger, lærere og foreningsliv.	Kursus i den motiverende samtale: 3 hele dage, hhv. 2 i træk og én dag efter 1 måned; gymnastikkursus: foregik over 3 tirsdage af hver 3 timer med 1 måned imellem.	Den motiverende samtale: 12 (sundhedsplejerskerne havde ikke tid til deltagelse– kun 2 gennemførte kurset); gymnastikkursus: 18
Vordingborg	Temadag for hhv. 1) lærere og pædagoger. 2) voksne aktive i idrætsforeninger og foreninger generelt 3) daginstitutionspersonalet, dagplejere mv.; kompetenceudviklingsdag/oplægsrække for idrætsforeninger; temadage for projektgruppemedarbejdere samt sundhedsplejersker; naturkompetenceudviklingskursus for daginstitutionspersonale og dagplejere; kursus i løsningsfokuseret samtale for behandlerteamet samt alle sundhedsplejersker; kursusforløb for daginstitutioner; supervision af projektleder.	Kompetenceudviklingsdag/oplægsrække: afholdtes over 2 dage; kursus i løsningsfokuseret samtale: 3 introduktionsdage + 3 opfølgingsdage	Temadag: 153 lærere og pædagoger samt 9 repræsentanter fra idrætsforeningerne; kompetenceudviklingsdag/oplægsrække: 22 personer
Århus	Ved ikke	Ved ikke	Ved ikke

6.2 Analyse og vurdering

Generelt kan det siges, at der med de forskellige kompetenceudviklingsaktiviteter er sket et løft mht. viden og handlemuligheder, som kommunerne kan betragte som en ressource fremover.

Erfaringerne fra 1. udmøntningsrunde viser, at der er et stort potentiale i at udnytte og udvikle faggrupperes forskellige kompetencer. Således har projekternes kompetenceudvikling også været spredt ud over en bred målgruppe. Der har ligeledes været forskellige kompetenceudviklingsstrategier, variation i fokus og intensitet samt udbredelse.

Det faktum, at projekterne anvender både direkte og indirekte metoder, bevirker, at det har været en helt central forudsætning, at modtagerne af kompetenceudviklingen; (i) tilegner sig relevant viden og (ii) kan omsætte denne i deres faglige praksis. Det fremstår på tværs af projektevalueringerne som om, der har været begrænset fokus på, hvorvidt dette er sket.

7 Rekruttering, fastholdelse og opfølgning

7.1 Evalueringens fund

En forebyggende indsats kan kun blive en succes, hvis det lykkes at rekruttere den udpegede målgruppe. Erfaringer fra projekterne i den første udmøntning er, at opsporing og rekruttering af målgruppen er ressourcekrævende. Derfor skal den indledende aktivitet på dette område planlægges detaljeret, og der skal prioriteres tilstrækkelige ressourcer til opgaven.

Tabel 4: Oversigt over strategier for rekruttering, fastholdelse og opfølgning

Kommune*	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
Frederikshavn	Ved ikke	Skolesundhedsplejersker på skolerne henviser børn i risikogruppen til projektet; lærere på skoler involveres	Ved ikke	Ved ikke	Ved ikke
Gldsaxe	Børnene skal have udviklet eller være i risiko for at udvikle en betydende overvægt, det vil sige vægten aktuelt ligger over 90 % -percentilen på højde-/vægtkurven.	Rekrutteringen har som oftest foregået ved, at tilbuddet blev præsenteret telefonisk for familien af sundhedsplejersken fra den skole, hvor barnet går. I enkelte tilfælde er det læreren, der har orienteret om tilbuddet ved et møde.	Primær aktør: Sundhedsplejersker på skoler har visiteret til projektet	Indledningsvis skriftlig samarbejdsaftale med familien med fælles mål for forløbet.	15 måneders opfølgningsfase.
Herlev	Kriterier for henvisning er, at barnet ligger på 90 % -percentilen eller derover.	Udarbejdelse af pjecer om indsatsen. Pjecerne blev sammen med uddybende følgebrev sendt til henviserne: de praktiserende læger, skolelæger, skole-/sundhedsplejersker og sagsbehandlere. Pjecerne har været tilgængelige på skoler, daginstitutioner, apoteker og biblioteker. Projektet har desuden været omtalt i lokale medier samt annonceret på offentligt informationsmøde for interesserede familier. Primær henviser: Skolesundhedsplejerskerne og skolelæger . De 3-6-årige var oprindeligt tiltænkt at have praktiserende læge som primær henviser, men dette lykkedes ikke i praksis. Pædagoger, lærere, SFO-pædagoger m.fl. kunne desuden gøre forældre opmærksomme på projektet.	Visitationssamtale varetaget af projektets psykolog og sundhedsfaglige konsulent. Formålet var at afklare familiernes motivation, ressourcer og muligheder for at deltage i indsatsen. Herefter kunne forældrene ansøge om deltagelse. Visitationsudvalget besluttede om en familie havde ressourcer og forudsætninger for at deltage.	Fastholdelse af familierne ved at sende breve, huske på arrangementer og ringe familierne op.	Opfølgning af familierne ved at sende breve og holde kontakt med familier samt huske på arrangementer; afholdelse af 4 cafeaftener i opfølgningsfasen (1 år).

Kommune*	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
Langeland	Der gennemførtes kortlægningsindsats på skoler: På baggrund af de indsamlede højde- og vægtdata blev BMI beregnet. Børn med svær overvægt eller i risiko for at blive svært overvægtige blev identificeret ud fra Coles BMI-kriterier for overvægt og svær overvægt.	Primær aktør: Sundhedsplejersker ; udgivelse af nyhedsbrev; orienteringsbrev til forældre om resultat af vejning af deres barn i et standardbrev med efterfølgende indbydelse til informationsaften om og deltagelse i et indsatsforløb. Problematisk rekruttering: Uenighed mellem projektmedarbejdere og sundhedsplejersker vedr. brug af vægt som rekrutteringsmetode: Mange borgere ønskede ikke at deltage som følge af rekrutteringsmåden. Indsatsen endte med ikke udelukkende at rekruttere deltagere med udgangspunkt i BMI.	Ved ikke	Ved ikke	Ved ikke
Mariagerfjord	Kriterier for inklusion i projektet har været overvægt og familiernes, børnenes og de unges erkendelse af og ønske om at arbejde med overvægtsproblematikken.	Kontakt til forskellige faggrupper med information om rekruttering til projektet: læger, lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, dagplejere. De fleste familier fik kontakt til den specifikke indsats gennem sundhedsplejen. Desuden samarbejde med Julemærkehjem i forbindelse med rekruttering af familier til indsats.	Har ikke udviklet en fast henvisningsstruktur. Tværfagligt samarbejde med centrale nøglepersoner har primært bestået i gensidig information, henvisninger og samarbejde om konkrete familier (overvejende sundhedsplejerskerne og PPR).	Kontinuerlig anerkendende støtte og opbakning fra projektmedarbejdernes side.	Ved ikke.
Odsherred	Sundhedsplejersker samt projektmedarbejdere har vurderet potentielle deltagere dels på baggrund af BMI for børn korregeret ud fra Coles tabeller, dels på baggrund af de professionelles og deltagernes vurdering. De opsatte inklusionskriterier mistede dog grundet mangel deltagere deres relevans, og således har man i nogle tilfælde været nødt til at inkludere ikke-overvægtige børn.	Rekruttering og opsporing er foregået løbende (meget tidskrævende). Der har ikke været ressourcer til at lave et decideret rekrutteringsprojekt. Ud over henvisningssamarbejde med Sundhedstjenesten rekrutteres der via annoncer i lokalaviser, besøg på skoler og hos praktiserende læger, via jordmødre og via særlige arrangement for elever i Odsherred. Primære henvisere: Sundhedsplejersker og projektmedarbejdere.	Dannede visitationsteam: et tværfagligt rådgivende team bestående af 6 kommunalt ansatte, som arbejder med problematikker relateret til indsatser over for gravide, småbørns-mødre samt børn og unge med overvægt i udsatte familier. Visitationsteamet fungerer som rådgivende organ for projektlederen samt rådgiver om visitation til indsatser.	Følger op på kontakt til børn ved hjemmebesøg og inddragelse af klasselærere og idrætslærere.	Opfølgningsdage; deltagerne tilbydes 3 opfølgninger med undervisere; der gennemføres opfølgningsvejledning i hjemmet.

Kommune*	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
Stevns	Tværfagligt team har udarbejdet henvisningskriterier: At børnene er overvægtige, eller at vægten er i et uheldigt forløb og ”springer opad” på kurven. At familien deltager i projektet.	Rekruttering og henvisning til projektet via de praktiserende læger , skolelærere, pædagogisk personale i børnehaver, sundhedsplejen .	Ved henvisning til projektet er børn og forældres anmodning om deltagelse blevet visiteret af det tværfaglige team. Teamet består af 5 personer fordelt på følgende faggrupper: 2 sundhedsplejersker, 1 psykolog, 1 BA i ernæring og 1 skolesygeplejerske. Teamet har holdt månedlige møder, hvor de har visiteret henviste børn og tildelt dem kontaktperson.	Tildeling af fast kontaktperson, der følger barnet gennem hele forløbet.	Ved ikke
Varde	Overvægtige børn; BMI over 90 % - percentilen, hudfoldsmålinger der underbygger dette.	Annoncering om projektet ved opslag og omdeling af projektets folder på skoler. Rekruttering var primært tiltænkt sundhedsplejersker på de enkelte skoler. Det viste sig dog ikke tilstrækkeligt.	Ved ikke.	Familierne blev udstyret med en aftalebog, hvori børnene indgik aftaler med forældrene og/eller projektlederen.	Deltagende familier blev tilbudt opfølgning i form af deltagelse i månedlig opfølgning i sundhedscaféen.
Vordingborg	Børn/unge med BMI på eller over 97-percentilen på højde-/vægtkurven – og deres familier.	Sundhedsplejersker henviste elever fra sundhedssamtaler i indskoling, midtvejs og ved udskoling til projektet. Desuden henviste praktiserende læger enkelte patienter. Desuden rekruttering via medierne og kommunens hjemmeside.		Løbende møder mellem familier og psykolog/sundhedsplejerske for at evaluere forløbet/påbegynde nye aktiviteter.	Ved ikke.
Århus	Ved ikke.	Ved ikke.	Ved ikke.	Ved ikke.	Ved ikke.

7.2 Analyse og vurdering

En forebyggende indsats kan kun blive en succes, hvis det lykkes at rekruttere den udpegede målgruppe. Den tværgående analyse peger på en række opmærksomhedspunkter i forhold til de praksisser, som projekterne har anvendt:

- (i) *Identifikation*: Der skal opstilles klare inklusionskriterier, men at der også i forbindelse med planlægningen skal være klarhed over, hvor stor målgruppen er.
- (ii) *Rekruttering*: Det er nødvendigt at anvende alsidige rekrutterings- og kommunikationskanaler, da én kilde kan være for sårbar, fx viser erfaringerne at den ventede rekruttering via praktiserende læger har været en begrænset succes.
- (iii) *Visitation*: Det kan være en fordel, at
 - a. Der etableres et visitationsudvalg til at sikre, at de opsporede familier matcher inklusionskriterierne.
 - b. Visitor skal være fagligt kompetent til at afklare familiens ressourcer, behov og sikre den fornødne motivation er til stede.
- (iv) *Fastholdelse*: Der er behov for at udarbejde metoder til at reducere frafaldsraten i de specifikke indsatser. Analysen peger på, at effektive metoder hertil kan være:
 - a. En indledende, afklarende samtale med de deltagende børn/familier for at sikre deres motivation som en del af visitationen.
 - b. En fast kontaktperson kan reducere frafald.
 - c. Sikring af logistik i relation til sårbare familier, da fx transport og andre praktiske forhold kan være årsag til frafald.
- (v) *Opfølgning*: Det har været svært at fastholde en positiv udvikling for målgruppen efter indsatsens ophør. Derfor har flere projekter arbejdet med opfølgningssamtaler. For at sikre varig virkning af indsatsen bør dette være en særskilt fase i indsatsens design.

8 Aktører og opgaver

8.1 Evalueringens fund

8.1.1 Projektledere

Alle kommunale projekter har ansat en projektleder til at varetage den overordnede styring og koordinering af den specifikke og den generelle indsats. Projektlederne har typisk haft en akademisk baggrund, og størstedelen har haft en sundhedsvidenskabelig eller naturvidenskabelig baggrund.

De kommunale projektledere har tydeligvis varetaget mange af de samme opgavetyper. Projektlederne har haft den overordnede styring af projektet og har i større eller mindre grad taget del i den daglige planlægning af aktiviteterne. Hvor omfattende de enkelte projekter er og hvordan kommunerne har valgt at organisere indsatserne varierer, og derfor er det også forskelligt, i hvilken grad projektlederen yderligere har gennemført egentlige aktiviteter.

Typiske opgaver for en projektleder

- Etablere styregruppe og arbejdsgrupper
- Udarbejde tids- og handleplan
- Deltage i arbejdsgruppemøder og koordinere indsatsen
- Være sparringspartner i arbejdsgrupper
- Fastholde planlægning af uddannelses- og kursustilbud til personale i fx dagpleje, børnehaver, skoler og sundhedspersonale
- Informere og medinddrage forældre
- Være ansvarlig for planlægning af møder
- Etablere kontakt til andre forvaltningsområder, de praktiserende læger og foreningslivet
- Inddrage regionerne i projektet
- Medvirke ved udarbejdelsen af pjecer, materialer, politikker og pressestrategi
- Være ansvarlig for såvel egen-evaluering som at udfylde evalueringsskabeloner til SST
- Være ansvarlig for budgettet
- Introducere projektet til de øvrige sundhedsfremmende tiltag i kommunen og kommuneplanen
- Få samarbejde på tværs af forvaltninger op at stå.

8.1.2 Projektmedarbejdere

Seks kommuner har haft sundhedsplejersker tilknyttet enten den generelle eller den specifikke indsats. Sundhedsplejerskerne er aktive i udførelsen af enten den generelle eller den specifikke indsats eller begge. I de resterende kommuner er der også kontakt med den kommunale sundhedspleje. Her er det dog oftest vedrørende henvisning af børn til projekterne, at sundhedsplejen er inddraget.

Opgaver, som varetages af sundhedsplejersker er naturligvis ofte sundhedsrelaterede. I de specifikke indsatser har sundhedsplejerskerne varetaget undervisning af børn og familier og udarbejdelse af vejledningsmateriale til lærere og pædagoger. I kraft af deres sundhedsfaglige baggrund har sundhedsplejerskerne også gennemført test, udarbejdet standarder i forbindelse med objektive målinger af elever og afholdt informationsmøder/caféaftener for forældre og børn.

8.1.3 Andre samarbejdspartnere

Det fremgår af tabel 1 og tabel 4 ovenfor, hvilke primære samarbejdspartnere det enkelte projekt har haft, og hvilken rolle de har haft i processen før og efter kerneindsatsen.

På tværs af kommunerne har mange sundhedsfaglige været involveret i projekterne, såsom kommunallæge, psykolog og fysioterapeuter.

Den kommunale fysioterapi er i en del projekter anvendt til at stå for træning og bevægelsesaktiviteter for børn – primært i forbindelse med de specifikke indsatser.

Kommunallægen har i en enkelt kommune indsamlet epidemiologisk data, som viser vægtudviklingen for involverede børn.

Psykologer har primært været tilknyttet den specifikke indsats, hvor de har varetaget samtaler med børn og familier enten sammen eller hver for sig. Samtalerne har været en del af indsatsen i erkendelse af, at en indsats over for overvægt hos børn og unge er en kompleks problemstilling, der kræver påvirkning af både psykosociale og fysiske faktorer.

Alment praktiserende læger har primært været involveret til identifikation af målgruppen og henvisning til projektet. Sygehuse og speciallæger har været involveret i et fåtal af projekterne (Århus, Vordingborg, Odsherred).

Tabellen nedenfor indikerer, i hvilke arenaer selve indsatsen primært og sekundært er foregået for hhv. den generelle og den specifikke indsats.

Tabel 5: Arenaer hvori indsatsen er foregået

<i>Kommune*</i>	<i>Indsats</i>	<i>Arena: Daginstitution</i>	<i>Arena: Skole</i>	<i>Arena: Hjem</i>	<i>Arena: Fritidstilbud</i>
<i>Frederikshavn</i>	<i>Generel</i>		X		
	<i>Specifik</i>			X	
<i>Gladsaxe</i>	<i>Generel</i>	X	X		[X]
	<i>Specifik</i>		[X]	X	
<i>Herlev</i>	<i>Generel</i>	X	X		X
	<i>Specifik</i>			X	
<i>Langeland</i>	<i>Generel</i>		X		[X]
	<i>Specifik</i>			X	[X]
<i>Mariagerfjord</i>	<i>Generel</i>	X	X		X
	<i>Specifik</i>			X	
<i>Odsherred</i>	<i>Generel</i>	X	X		X
	<i>Specifik</i>			X	[X]
<i>Stevns</i>	<i>Generel</i>	X			
	<i>Specifik</i>		[X]	X	[X]
<i>Varde</i>	<i>Generel</i>		X		
	<i>Specifik</i>			X	[X]
<i>Vordingborg</i>	<i>Generel</i>	X	X		
	<i>Specifik</i>			X	[X]
<i>Århus</i>	<i>Generel</i>	X	X		
	<i>Specifik</i>		[X]	[X]	[X]

Tabellen viser, at de generelle indsatser primært er foregået i professionelt regi i skoler og daginstitutioner, hvor lærere og pædagogisk personale har været involveret ved at modtage kompetenceudvikling og anvende den erhvervede viden i deres faglige praksis.

Tabellen viser ligeledes, at den specifikke indsats primært har foregået i privat regi, dvs. familien, og delvist fritidstilbud har været arena for indsatsen. Her har igen professionelle fra projektteamet, projektleder/medarbejder eller andet sundhedspersonale for en stor del været involveret, ligesom primært idrætsforeninger i langt størstedelen af projekterne har dannet rammen om de aktiviteter – mestendels forskellige former for fysisk aktivitet, som målgruppen motiveredes til af de professionelle i projektet.

8.2 Analyse og vurdering

Som det blev vist i tabellerne 1, 3, 4 og 5 har mange faggrupper været involveret i projekterne. Dette indeholder såvel styrker som svagheder. I styrkerne ligger mulighederne for en helhedsorienteret, tværfaglig indsats. I svaghederne er det iboende, at mange aktører forøger risici for fx manglende koordinering og præcision i opgave- og rollefordeling, ejerskab mv.

Evalueringerne peger på, at samarbejdet med en række af de tiltænkte samarbejdspartnere, fx læger i almen praksis, ikke er fuldt vellykket. Dette taler for, En central læring på tværs af projekterne er behovet for grundig planlægning, afklaring af roller og opgaver samt styring og koordinering af mange aktører i løbet af projektets forløb.

9 Konklusion og anbefalinger

Tabellen nedenfor opsummerer den tværgående evalueringens primære fund og anbefalinger.

Tabel 6: Oversigt over fund og anbefalinger

Tema	Mål og resultater	Forankring og organisering	Metoder og tilrettelæggelse	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Aktører og opgaver
Fund	Varierende præcision i målsætninger Varierende i kvalitet i dokumentation Manglende sammenlignelighed	Rette basisorganisatorisk forankring centralt. Projektplanlægning af varierende kvalitet Vigtigt med stærk projektledelse	Indsatser hviler på solidt grundlag, men der foreligger ikke præcise implementeringsstandarder	Kompetenceudvikling er spredt ud over en bred målgruppe. Forskellige kompetenceudviklingsstrategier, variation i fokus og intensitet samt udbredelse	Lovende praksisser i alle projektets faser	Mange aktører involveret, involvering afhænger af indsatsen.
Anbefaling	Behov for samlet evalueringsstrategi centralt og sikring af implementering lokalt	Større tværgående fokus på at sikre og understøtte effektiv implementering gennem bistand i opstart	Sikring af, at projektplanlægning opstiller og monitorerer implementeringsstandarder	Større fokus på forandringslogik og sikring af, at kompetencer anvendes i praksis	Nødvendigt at sikre viden- deling på tværs af projekter. Mere fokus på fastholdelse og opfølgning	Styrk planlægning, herunder risikostyring, præcisering af rolle og opgaver.