



TVÆRGÅENDE EVALUERING AF
PROJEKTERNE I 2. UDMØNTNING
af "Kommunens plan mod overvægt blandt
børn og unge"

2011

Tværgående evaluering af projekterne i 2. udmøntning af "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge"

© Sundhedsstyrelsen, 2011. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

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

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

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 10. maj 2011

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, maj 2011

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-199-6

Indhold

1	Indledning	5
1.1	Evalueringens formål	6
1.2	Evalueringens metode	6
2	Konklusion og anbefalinger	8
2.1	Sammenfatning og konklusion	8
2.1.1	Forankring og organisering	8
2.1.2	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	9
2.1.3	Aktører og opgaver	9
2.1.4	Kompetenceudvikling	10
2.1.5	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	10
2.1.6	Målsætninger og resultater	10
2.2	Anbefalinger	11
3	De kommunale indsatser	12
4	Organisering og forankring	16
4.1	Introduktion	16
4.2	Organisering	16
4.3	Forankring	19
4.3.1	Tværorganisatorisk forankring	19
4.3.2	Opbakning	19
4.3.3	Forankringstiltag	20
4.3.4	Videreførelse efter projektperiodens ophør	21
4.4	Analyse og vurdering	21
5	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	23
5.1	Introduktion	23
5.2	Metoder og mekanismer	24
5.2.1	Generelle indsatser	25
5.2.2	Specifikke indsatser	25
5.2.3	Implementering af evidensbaserede programmer	26
5.3	Analyse og vurdering	27
6	Aktører og opgaver	28
6.1	Introduktion	28
6.2	Indsatsernes arenaer	28

6.3	Samarbejdspartnere i projekterne	29
6.3.1	Samarbejde med kommunale aktører	29
6.3.2	Samarbejde med regionale aktører	30
6.3.3	Samarbejde med frivillige (og andre) aktører	31
6.4	Analyse og vurdering	32
7	Kompetenceudvikling	34
7.1	Introduktion	34
7.2	Kompetenceudviklingens fokus	34
7.3	Evaluering af og opfølgning på kompetenceudviklingen	38
7.4	Analyse og vurdering	38
8	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	40
8.1	Introduktion	40
8.2	Identifikation	40
8.3	Rekruttering	41
8.4	Visitation	42
8.5	Fastholdelse	42
8.5.1	Frafald	43
8.6	Opfølgning	44
8.7	Analyse og vurdering	44
9	Målsætninger og resultater	45
9.1	Introduktion	45
9.2	Målsætninger	45
9.3	Projekternes resultater	47
9.4	Analyse og vurdering	50
Bilag 1: Styregruppens sammensætning		52
Bilag 2: Projekternes målsætninger		53
Bilag 3: Metodernes kodificering		63
Bilag 4: Oversigt over strategier for rekruttering, fastholdelse og opfølgning		65

1 Indledning

Som en del af satspuljeforliget for 2005-2008 blev der 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. Størstedelen af projekterne (otte ud af ti) fra 2. udmøntning er afsluttet ultimo 2010. To projekter har fået forlængelse ind i 2011. Projekterne i 3. udmøntning afsluttes ultimo 2011. Disse udviklingsprojekter er samlet under overskriften ”Kommunens plan mod overvægt”.

SST har ved udmøntningen af midlerne stillet krav om, at kommunernes projekter i 2. udmøntning indeholder både en generel indsats og en specifik indsats. Det har endvidere været et krav at indsatserne er flerstrengede således, at der både fokuseres på psykosociale aspekter ved overvægten samt fysisk aktivitet og kost. Mht. valg af forebyggelsesmetoder har der fra Sundhedsstyrelsens side ikke været stillet krav til specifikke metoder som projekterne skulle anvende. Puljen har til formål at metodeafprøve og udvikle flere forskellige metoder, indsatser og måder at organisere sig på i forhold til forebyggelse af overvægt blandt børn i en kommunal kontekst.

Med hensyn til evaluering af projekterne har det fra begyndelsen af puljens udmøntning været et krav, at der lokalt gennemføres egne eksterne projektevalueringer for hvert projekt samt at alle projekter udfylder en række standardiserede indrapporteringsskemaer ved baseline, midtvejs og afslutning af projektet.

Der blev først afsat midler til gennemførelse af en samlet tværgående evaluering af alle projekter efter puljen var blevet igangsat og der har derfor ikke været stillet krav om, at særlige tværgående evalueringsspørgsmål skulle besvares, hvorfor disse samt evalueringsdesign er tilpasset lokale behov alene.

Der har ligeledes heller ikke været krav om at bruge særlige indikatorer til at måle indsatsernes resultater.

Generel indsats

Kommunernes generelle indsatser fokuserer på at give alle børn i kommunen understøttende rammer for at være fysisk aktive og spise sundt. Indsatserne her kan fx være, at der udarbejdes kost- og bevægelsespolitikker i skoler og dagtilbud eller personale uddannes om kost og motion

Specifik indsats

Kommunernes specifikke indsatser fokuserer på at støtte de børn, der allerede er overvægtige eller med risiko herfor. Indsatserne fokuserer særligt på psyko-sociale problemstillinger, at fremme fysisk aktivitet og sund kost.

Rapporten sammenfatter evalueringerne af de kommunale projekter i 2. udmøntningsrunde (2007-2010), samt et projekt, fra Århus Kommune, som indgik i 1. udmøntning. Rapportens målgruppe er kommunale praktikere og ledere. Rapporten er udarbejdet af Rambøll Management Consulting.

1.1 Evalueringens formål

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

Temaerne strukturerer ligeledes indholdet i denne tværgående evalueringsrapport.

1.2 Evalueringens metode

Som skrevet sammenfatter denne tværgående evaluering fundene fra 2. udmøntnings projektevalueringer. Der er således tale om en meta-evaluering, hvor evaluator i overvejende grad baserer sine analyser og konklusioner på eksisterende data. 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 de lokalt udarbejdede evalueringer.

En forudsætning i 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 form for afrapportering, hvilket begrænser mulighederne for at vurdere de enkelte projekters succes i de tværgående analyser og konklusioner. Frem for udelukkende at vægte projekternes egne vurderinger inddrager Rambøll derfor også nyeste viden fra implementeringsforskningen i forhold til at kvalificere analysen. Dermed benyttes litteraturen i forhold til at vurdere, hvorvidt forskellige forhold i projekterne har været opfyldt, som kan sandsynliggøre deres succes yderligere.

I enkelte kommunale projekter er slutevaluering og egen-evaluering i skrivende stund ikke tilgængelig (Middelfart og Vejle), idet projektperioden her er forlænget. Derfor indgår disse projekter ikke i dette vurderingsgrundlag. Disse projekter afrapporteres sammen med projekterne fra 3. udmøntningsrunde.

Ud over de benævnte skriftlige kilder har vi suppleret dataanalysen med opfølgende telefoninterviews med projektlederne for at styrke analysen af de tværgående temaer. Sigtet hermed har været at få yderligere belyst de emner, som er genstand for den tværgående evaluering.

Det samlede datamateriale, som foreligger fra de kommunale projekter, er blevet systematisk kodet i forhold til evalueringens temaer. 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 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 Konklusion og anbefalinger

I dette kapitel sammenfattes den tværgående evaluerings fund, konklusioner og anbefalinger.

2.1 Sammenfatning og konklusion

Som en del af satspuljeforliget for 2005-2008 blev der 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.

Denne rapport opsummerer fundene fra den anden af tre udmøntningsrunder. Rapporten omhandler resultaterne fra otte kommunale projekter fra anden udmøntning samt ét projekt fra første udmøntning.

Den tværgående evaluering bygger på sekundære data fra projekterne, herunder statusrapporteringer samt evalueringer af de enkelte projekter foretaget af en ekstern evaluator. Den tværgående evaluerings temaer strukturerer dette afsnit.

2.1.1 Forankring og organisering

Den tværgående evaluering finder, at de kommunale projekter har valgt en projektorganisering, som anvendes på tværs af kommunerne. Alle projekter indeholder lignende organisatoriske grundkomponenter (projektejer, styregruppe, projektleder og projektgruppe(r)) og er placeret i den del af den kommunale forvaltning, hvor projektets primære virke foregår. Dermed er det i højere grad i projekternes omfang og kompleksitet end i deres projektorganisering, at kommunerne varierer.

Tre forhold fremstår som centrale for implementering og forankring af projekterne i den kommunale drift:

- Ledelsesopbakning på alle niveauer
- Fokus på processuelle forankringstiltag
- Fokus på strukturelle forankringstiltag.

Alle kommuner har formået at føre dele af deres projekt videre i drift og således er alle kommuner i mere eller mindre grad lykkedes med forankringen. Ingen fører dog samtlige projektaktiviteter videre, hvilket dog heller ikke har været formålet. Projekterne fokuserer på metodeafprøvning og udvikling, hvorfor ikke alle metoder og indsatser har været relevante at føre videre i drift. Ikke overraskende har økonomien i kommunerne desuden været af afgørende betydning for, hvilke indsatser der er blevet driftet videre.

Det er Rambølls vurdering, at projekterne er hensigtsmæssigt organiseret og placeret i de kommunale forvaltninger. Projekterne er blevet gennemført i en, for kommunerne, turbulent periode efter strukturreformens ikrafttrædelse med nye kommunale organisationer og opgaver. På trods heraf oplevede projektlederne generelt en ledelsesmæssig opbakning og fokus på projekterne. Evalueringer peger således på, at variationer i projekternes implementering og resultater i mindre grad skyldes organisatoriske og ledelsesmæssige forhold.

2.1.2 Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse

Den tværgående evaluering konkluderer, at de kommunale indsatser hviler på et solidt empirisk grundlag med hensyn til de valgte metoder og mekanismer i indsatserne.

Projektlederne fremhæver, at kombination af indirekte og direkte metoder, med kontakt til både børn/unge og deres forældre/familier, har været meget velfungerende.

Evalueringen viser imidlertid også, at de kommunale indsatser kun i begrænset omfang er blevet kodificeret i form af metoder og mekanismer. Ved kodificering forstås indsatser, hvor en skriftlig protokol som minimum beskriver indsatsens målgruppe, formål, tilsigtede virkninger, metoder og varighed. Rambølls analyse af de enkelte projekters indhold og design viser, at alle generelle og specifikke indsatser i hovedtræk er baseret på en kombination af metoder og mekanismer, som har vist sig at være effektive i andre kontekster. På trods af at størstedelen af kommuner ikke har implementeret allerede afprøvede metoder kan det således stadig overordnet set konkluderes, at projekternes design hviler på et solidt evidensgrundlag.

Rambøll vurderer, at projekternes *design* overordnet set er solidt funderet, men at den manglende kodificering betyder, at der ikke er klare forskrifter for, hvad og hvordan indsatsen skal implementeres. Det er ensbetydende med, at det er svært at få belyst, hvorvidt metoder og mekanismer er blevet implementeret efter forskrifterne, og hvilken sammenhæng de har med indsatsens resultater.

Ligeledes er dette en barriere for opskalering af lovende indsatser i andre kommuner.

2.1.3 Aktører og opgaver

Evalueringen viser, at de kommunale projekter arbejder bredt i de arenaer, hvor målgruppen færdes til daglig. Projekterne har generelt sikret en bred involvering af faggrupper i den kommunale organisation fra såvel forvaltning som institutioner. Involveringen er ressourcekrævende og ledelsesopbakning, god projektorganisation (herunder velbeskrevne roller for de forskellige aktører) og processuelle forankringstiltag er centrale for en vellykket opgaveløsning. Især har der været positive erfaringer med at anvende sundhedsplejerskerne i opsporing og rekruttering til de specifikke indsatser.

På trods af, at størstedelen af projekterne på forskellig vis involverede regionale aktører i deres projekter, fylder denne aktørgruppe ikke meget i indsatserne på tværs af kommunerne. På trods af betydelige bestræbelser har særligt samarbejdet med alment praktiserende læger, som ofte var tiltænkt opgaver i projekterne, ikke lykkedes optimalt.

Involveringen af frivillige organisationer er sket med blandede erfaringer. Det bør således overvejes nøje, hvor og hvornår sådanne partnerskaber er centrale, for at indsatsen lykkes.

2.1.4 Kompetenceudvikling

Den tværgående evaluering finder, at der på tværs af de kommunale projekter er gennemført betydelige aktiviteter for at udvikle de sundhedsfaglige kompetencer. Evalueringen viser også, at der var manglende fokus på, hvorvidt kompetenceudviklingen reelt er lykkedes.

Kommunernes kompetenceudvikling kan siges at være udtryk for ”train and hope”-strategi, som det udtrykkes i implementeringsforskningen, hvor der ikke systematisk følges op på uddannelsesforløbenes effekt. Dette er uhensigtsmæssigt i forhold til at sikre, at der rent faktisk er sket læring hos de kompetenceudviklede – og at læringen anvendes i praksis.

Det er således Rambøll vurdering, at der har været for lidt fokus på, hvorvidt de tilsigtede kompetencer er blevet udviklet og anvendt i praksis. Dette understøttes yderligere af, at indsatserne kun i begrænset omfang har været kodificeret, hvorfor det i praksis har været svært at fastslå, hvad og hvordan kompetencerne kan anvendes.

2.1.5 Rekruttering, fastholdelse og opfølgning

Den tværgående analyse peger på, at praksis for *henviisning og visitation* har været varierende. I udgangspunktet har alle projekter opstillet nogle kriterier for identifikation af potentielle deltagere, som dog har været varierende i præcision. Det har ligeledes varieret, hvor stringent kriterier er blevet anvendt. Rambøll vurderer, at en manglende præcisering af kriterier for visitationen øger risikoen for fejlhenviisning og manglende identifikation af de mest behandlingskrævende i målgruppen.

Den tværgående evaluering indikerer, at rekruttering via sundhedsplejen og markedsføring begge er succesfulde rekrutteringsmodeller i forhold til den specifikke indsats, mens rekruttering via den alment praktiserende læge ikke er succesfuld.

Endelig har der generelt været et manglende formaliseret fokus på fastholdelse og opfølgning. Frafald i de specifikke indsatser har været stærkt varierende fra 5-46 %. En række kommunale projekter dokumenterer ikke frafald. Der har således generelt været størst fokus på målgruppen ved indgangen til indsatsen. Ingen af projekterne har haft en eksplicit fastholdelsesstrategi. Opfølgning har ligeledes varieret markant imellem de kommunale projekter.

Rambøll vurderer, at et øget fokus på visitation og fastholdelse i en række tilfælde kunne have reduceret frafald.

2.1.6 Målsætninger og resultater

Den tværgående evaluering finder, at de kommunale projekters målsætninger generelt ikke har været præcise nok i forhold til de ønskede effekter af projekterne, ligesom der, især for de generelle målsætninger, i højere grad var fokus på processuelle målsætninger frem for på effekten af indsatsen. Dette ligger i tråd med processuelle

forholds vedrørende organisering og tværfagligt samarbejde har været en del af puljens udmøntningskriterier.

Evalueringen finder endvidere, at der er begrænset mulighed for at vurdere effekt. Tidspunktet for evalueringen samt evalueringernes sigte og design har haft betydning for at kunne dokumentere projekternes effekter i relation til både umiddelbare, mellemliggende og især langsigtede virkninger. Evalueringer fra flere projekter dokumenterer imidlertid en positiv udvikling i deltagernes sundhed vha. før- og eftermålinger. Det er primært den specifikke indsats, der er dokumenteret i forhold til effekt.

Det er Rambølls vurdering, at projekternes fokus kunne være styrket yderligere, såfremt der havde været opstillet klare målsætninger for, især, projekternes effekt. Dette gælder såvel den generelle som den specifikke del.

Projekternes målgrupper for den specifikke indsats varierer. Ligeledes har det været op til den enkelte kommune at vælge såvel evalueringsdesign og måleinstrumenter, hvorfor sammenligning på tværs af kommunerne er vanskelig.

2.2 anbefalinger

Tabellen nedenfor opsummerer den tværgående evalueringens fund og relationen til Rambølls anbefalinger. Evalueringens målgruppe er kommunerne, hvorfor der udelukkende er udformet anbefalinger til kommunerne her.

Tabel 2.2: Oversigt over fund og anbefalinger

Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
Fund	Projektorganisationen er placeret det rette sted rent basisorganisatorisk. Forankringstiltag af varierende art. Høj grad af projekternes indsatser er overgået til drift. Vigtigt med vedholdende/fastansat projektledelse.	Indsatser hviler på solidt grundlag, men mangler præcisering i forhold til hvilke standarder metoderne skal implementeres efter.	Overordnet bred involvering af aktører. Manglende involvering af almen praksis trods ønske fra projekter. Blandede oplevelser med involvering af aktører fra civilsamfundet.	Variation i fokus og intensitet samt udbredelse. Ingen fokus på at sikre metodeintegritet og boost af erhvervede kompetencer.	Varierende fokus på visitation. Vellykket rekruttering via sundhedsplejersker og bred markedsføring. Mangelfuld fokus på fastholdelse og opfølgning.	Varierende præcision i målsætninger. Manglende sammenlignelighed.
Anbefaling til kommunerne	<i>Anbefaling 1</i> Sikring af at relevante forvaltninger er inddraget og (med)ansøgere på bevillinger. <i>Anbefaling 2</i> Kommuner skal lægge plan for og sikre forankring og implementering i drift af succesfulde indsatser.	<i>Anbefaling 3</i> Kommunerne skal arbejde systematisk med at beskrive indsatsens forskellige elementer og anvende dette til løbende at sikre, at indsatsen implementeres efter hensigten (kodificering).	<i>Anbefaling 4</i> Der er stor gevinst ved at sikre samarbejde på tværs af forvaltninger, men kommissorium skal være præcist. <i>Anbefaling 5</i> Kommunale aktører skal dog nøje overveje, hvad omkostninger og gevinster er ved at designe "komplekse" projekter, hvor ikke kommunale aktører involveres.	<i>Anbefaling 6</i> Kommuner skal have større fokus på at formulere hvordan kompetenceudvikling anvendes i indsatsen og understøtter metodeintegritet/fidelitet. <i>Anbefaling 7</i> Træning/uddannelse skal følges op af supervision, coaching e.lign.	<i>Anbefaling 8</i> Det skal præciseres af projekterne, hvem der er målgruppen. Der skal udarbejdes klare visitationskriterier som en del af den indledende fase. Mere struktur og fokus på fastholdelse og opfølgning. <i>Anbefaling 9</i> Sundhedsplejen kan med fordel være central aktør i identifikation og rekruttering. <i>Anbefaling 10</i> Der bør laves en eksPLICIT plan for fastholdelse for at reducere frafald.	<i>Anbefaling 12</i> Kommuner bør i højere grad sikre at design og målsætninger er tilstrækkeligt klare til at alle involverede aktører kender succeskriterierne og målsætningerne.

Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
					<i>Anbefaling 11</i> Der bør laves en eksPLICIT plan for opfølgning for at fastholde effekter.	
Operationel handling	<i>Anbefaling 1</i> Når beslutning om ansøgning træffes skal denne godkendes af alle implicerede (forvaltnings)direktører. Ansøgning og evt. bilag der beskriver roller og ansvar, samt ressourceforbrug skal godkendes af alle direktører. <i>Anbefaling 2</i> Der skal formuleres detaljeret plan for forankring og implementering. Driftsansvarlig leder skal udpeges og delegeres ansvaret for iværksættelse sker.	<i>Anbefaling 3</i> Der skal udarbejdes en detaljeret implementeringsmodel, der præciserer målgruppe, formål, effekter, succeskriterier, faser, ressourcer, metoder, minimumskrav til overholdelse mv. – Dette opsummeres i en manual/protokol der beskriver metoden. Dokumentet skal anvendes som reference dokument for alle involverede parter.	<i>Anbefaling 4</i> Der skal udarbejdes RACI matrice for projekteret så roller, opgaver og ansvar er tydeligt fordelt. <i>Anbefaling 5</i> Kommunen skal gennemføre interessentanalyse og vurdere hver aktørs rolle ud fra kriterier om deres deltagelse er: (i)missionskritisk, (ii)ressourcer er til stede, (iii)kompetencer er til stede, (iv) interesse kan fastholdes.	<i>Anbefaling 6</i> Der skal planlægges, hvordan implementeringen af metoden foregår i praksis. Dette skal gøres med afsæt i manual (se anbefaling 3). Kan gøres ved fx udarbejdelse af tjeklister eller logbøger samt observation af praksis <i>Anbefaling 7</i> Det skal planlægges at et udvalgt antal interventioner observeres og feedback gives for at sikre at metodiske forskrifter overholdes.	<i>Anbefaling 8</i> Der skal udarbejdes klare visitationskriterier for, hvem der indgår i målgruppen og hvem der ikke gør. Kriterierne vil typisk hænge tæt sammen med formål (se anbefaling 3) <i>Anbefaling 9</i> Hvis relevant skal sundhedsplejersker orienteres om indsats og målgruppe. Opgaver og roller skal være klart defineret jf. anbefaling 4. <i>Anbefaling 10</i> Der skal lægges en plan for fastholdelse. Evt. anvende risikobaseret indsats i fhl. til at forebygge frafald. <i>Anbefaling 11</i> Der skal indarbejdes en "efterværn-fase" i projektets plan, hvori opfølgningsaktiviteter og formål er beskrevet. Fasen skal indarbejdes i manual jf. anbefaling 3.	<i>Anbefaling 12</i> Der skal udarbejdes SMART målsætninger. De skal godkendes af styregruppen. Projektdokumenter skal referere til disse.

Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
Aktører involveret	<i>Anbefaling 1</i> Projektleder på ansøgning, direktører i relevante organisationer og forvaltninger. <i>Anbefaling 2</i> Projektleder, styregruppe, direktører samt medlemmer(e) for relevante driftsenheder.	<i>Anbefaling 3</i> Projektleder, relevante faggrupper, evaluator.	<i>Anbefaling 4</i> Projektleder, styregruppe. <i>Anbefaling 5</i> Projektleder med konsultation hos relevante aktører.	<i>Anbefaling 6</i> Projektleder, involverede professionelle, evt. ekspert i metoden. <i>Anbefaling 7</i> Ditto.	<i>Anbefaling 8</i> Projektleder, styregruppe, involverede faggrupper. <i>Anbefaling 9</i> Projektleder, sundhedspleje. <i>Anbefaling 10</i> Faggrupper, projektledere. <i>Anbefaling 11</i> Projektleder, styregruppe, involverede faggrupper.	<i>Anbefaling 12</i> Projektleder, styregruppe, projektdeltagere.
Gennemførlighed	<i>Anbefaling 1</i> Høj, lav risiko <i>Anbefaling 2</i> Høj, men høj risiko.	<i>Anbefaling 3</i> Høj, lav risiko.	<i>Anbefaling 4</i> Høj, lav risiko. <i>Anbefaling 5</i> Høj, men høj risiko.	<i>Anbefaling 6</i> Høj, lav risiko. <i>Anbefaling 7</i> Høj, lav risiko.	<i>Anbefaling 8</i> Høj, lav risiko. <i>Anbefaling 9</i> Høj, lav risiko. <i>Anbefaling 10</i> Høj, høj risiko. <i>Anbefaling 11</i> Høj, høj risiko.	<i>Anbefaling 12</i> Høj, lav risiko.
Timing	<i>Anbefaling 1</i> I ansøgningsfasen. <i>Anbefaling 2</i> I afsluttende fase.	<i>Anbefaling 3</i> I opstartsfasen. Kan korrigeres undervejs.	<i>Anbefaling 4</i> I opstartsfasen. <i>Anbefaling 5</i> I ansøgningsfasen.	<i>Anbefaling 6</i> I implementeringsfasen. <i>Anbefaling 7</i> Ditto.	<i>Anbefaling 8</i> Ansøgningsfasen eller senest i opstartsfasen. <i>Anbefaling 9</i> Opstartsfasen. <i>Anbefaling 10</i> Opstartsfasen og implementeringsfasen.	<i>Anbefaling 12</i> I ansøgningsfasen eller senest i opstartsfasen.

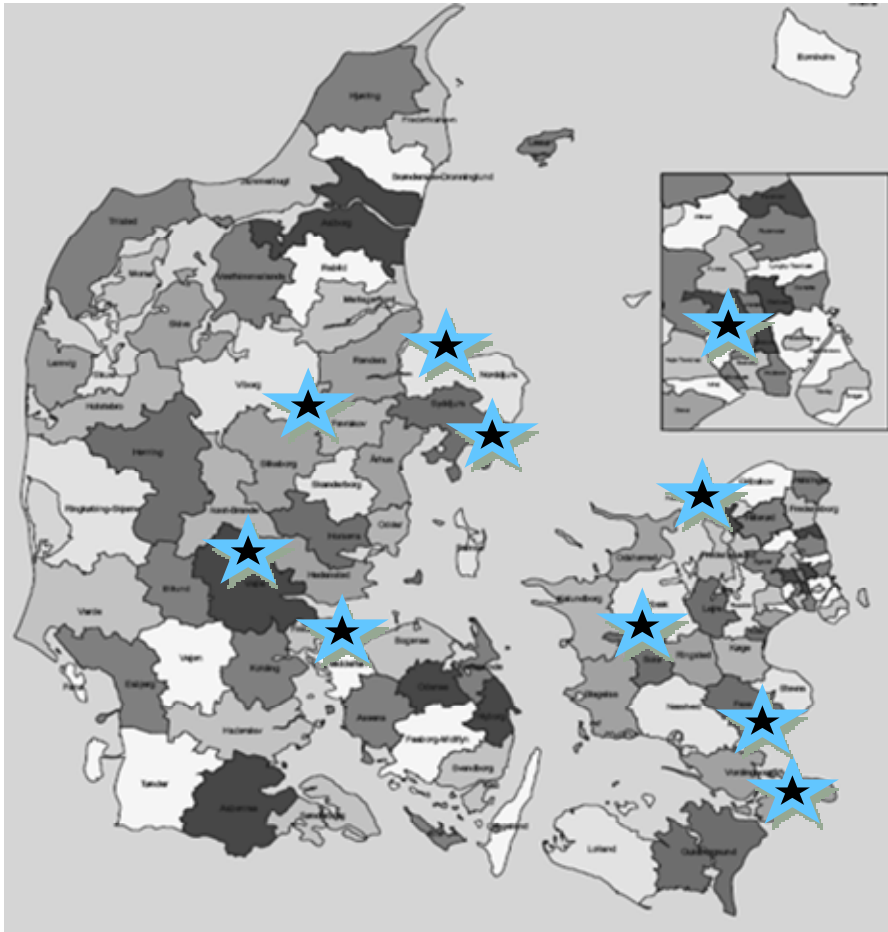
Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
					<i>Anbefaling 11</i> Ansøgningsfasen eller senest i opstartsfasen.	
Omkostning	<i>Anbefaling 1</i> Lav. <i>Anbefaling 2</i> Mellem, qua initial omkostninger ved iværksættelse.	<i>Anbefaling 3</i> Mellem.	<i>Anbefaling 4</i> Lav. <i>Anbefaling 5</i> Lav.	<i>Anbefaling 6</i> Mellem. <i>Anbefaling 7</i> Mellem.	<i>Anbefaling 8</i> Lav. <i>Anbefaling 9</i> Lav. <i>Anbefaling 10</i> Mellem til høj. <i>Anbefaling 11</i> Høj.	<i>Anbefaling 12</i> Lav.

3 De kommunale indsatser

På næste side findes en oversigt over de evaluerede projekter. 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.

I figuren nedenfor er en oversigt over de deltagende kommuner

Figur 3 – Kommuner der deltog i anden udmøntning



Tabel 3: Oversigt over projekternes indhold

Kommune	Favrskov	Faxe	Glostrup	Halsnæs	Norddjurs	Sorø	Syddjurs	Vordingborg	Århus
Projektitel	Let barnet – styrk familien	Faxe Kommunes overvægtsindsats år 2007-2010	Sund skolestart	Sunde og glade børn i Halsnæs Kommune.	Norddjurs-modellen.	Sorø, Sund og Stærk.	Krop, mad og bevægelse.	Vordingborg Kommunes overvægtsprogram for børn og unge.	Århus har en fed plan.
Målgruppe: Generel	Småbørnsfamilier og skolebørn.	3½-årige og deres familier. Alle børn og familier. Personalet på alle børneinstitutioner.	5-7-årige. Skolebørn i 0-1 klasse. Familier til alle børn, der skulle starte i kommunens skoler i 2008 og 2009. Fagligt personale.	Skolebørn i 0-10 klasse. Sekundærgruppe bestående af alle pædagoger og lærere.	0- til 18-årige og deres familier. Sundhedsplejerskerne, repræsentanter fra dagplejen, vuggestuer, børnehaver, skoler, SFO'er, fritidshjem.	3-13-årige børn i daginst., skoler og SFO i lokalområde. Personalet i daginst., skoler og SFO.	0-6-årige i dagpleje og daginst. 6-16årige i skoler og tilhørende fritidstilbud.	Børn på alle skoleklassetrin.	0-6-årige og forældre i dagtilbud og børn i SFO. Elever og forældre i børnehaveklassen. Elever, lærere og forældre i 6.klasse. Elever, lærere og pædagoger på mellemtrinnet. Elever, lærer og personale i folkeskolen. Pædagogisk personale i dagtilbud og i børnehaveklassen.
Specifik	Spædbørn af overvægtige mødre samt overvægtige børn i alderen 6-12 år.	Trim Kids: 10-14-årige overvægtige børn. Mad, Motion og Sundhedscoaching:15-17 årige. Familier til overvægtige børn i 3½ -10 års alderen.	5-7-årige børn med overvægt samt deres familier. Skolebørn i 0-1 klasse samt familier til overvægtige børn. Fagligt personale og eksterne undervisere til gruppeforløb.	8-13-årige samt disses forældre.	6-16-årige overvægtige børn og unge, deres familier samt børn og unge i risiko for at udvikle overvægt.	Trivselsteam: Overvægtige børn i 0-6. klasse samt deres familier. Livsstilsværksted:6-12-årige overvægtige børn samt deres familier. PLAY: 6-12-årige overvægtige børn.	Projekt 2: 0-10-årige overvægtige børn samt deres familier. Projekt 3:9-12-årige overvægtige børn. Familievægtskolen: 12-17-årige overvægtige børn og unge samt deres familier. Fagligt personale.	FitKid: Overvægtige og/eller inaktive børn i 1.-3. klasse. Familievægtskolen: 12-17-årige overvægtige børn og unge samt deres familier. Fagligt personale.	Nyfødte, børn, elever, forældre og pædagogisk personale i dagtilbud og skoler samt forskellige målgrupper til i forskellige projekter. Sundhedsfaglige medarbejdere.

Kommune	Favrskov	Faxe	Glostrup	Halsnæs	Norddjurs	Sorø	Syddjurs	Vordingborg	Århus
Primære henvi- ser	Sundhedsplejer- sker.	Bred markedsfø- ring.	Sundhedsplejer- sker.	Sundhedsplejer- sker.	Sundhedsplejer- sker,	Sundhedsplejer- sker og SFO- medarbejdere.	Sundhedsplejer- sker og børne- unge-læge.	Sundhedsplejer- sker.	Sundhedsplejer- sker/sundhedsvæ- senet
Aktiviteter: Generel	Børnemonitore- ring: Etablering af sammenhængende henvi-ningssys- tem; Kompeten- ceudvikling af fag- personer på børn- og ungeområdet (Sundhedsambas- sadorer). Netværksorganise- ringer af fagperso- ner lokalt og på tværs i kommu- nen. Temaaftener og familiearrange- menter.	Politik for kost og fysisk aktivitet. Opkvalificering – pædagogiske sundhedsmedar- bejdere. Livsstilsbesøg for 3½-årige og deres familier.	Organisation og samarbejde på tværs af afdelin- ger; informati- onsmøder: Infor- mation til foræld- re; Hjemmebe- søg af sundheds- plejerske til alle børn inden skole- start. Kompetenceudvik- ling af personale. Temadage for fag- personer.	Implementering af Sundhedstegnet i kommunens virk- somheder, hvor sundhed bliver sat på dagsordenen. Via Sundhedsteg- net arbejdes der med emnerne: mad og måltid, fy- sisk aktivitet mv. Kompetenceudvik- ling af lærer og pædagoger.	Udvikling og im- plementering af sundhedspolitik; Samarbejde med kommunens idrætshaller om indførelse af kost- politik; Temadage; Udvikling af web- baseret portal. Kompetenceudvik- ling af sundheds- nøgle-personer i alle institutioner.	Udvikling af sund- hedspolitikker på deltagende skoler og institutioner samt udvikling og implementering af sundhedsstrategier heri. Sundhedsfremme i netværk med fo- kus på foreninger og andre sammen- slutninger, der har med børn og unge at gøre.	Udpegning sund- hedsambassadør i dagtilbud og skole. Udarbejdelse af et inspirationskata- log, som udsendes til alle skoler og dagtilbud med til- bud om støtte til igangsætning og opfølgning af sundhedsfrem- mende aktiviteter. Formulering af Syddjurs Kommu- nes overordnede kost- og motions- politik.	Formulering og implementering af en sundhedspolitik på alle skoler og fritidsordninger. Legepatroljer som skaber fysisk akti- vitet for alle sko- leborn i frikvarter- erne gennem leg og bevægelse udendørs. Igangsættelse af "Projekt Skole- sport" (Dansk Sko- lesport).	Organisations-, samarbejds- og kompetenceudv. samt monitorering af fokusområder. Indsatser med fo- kus på mad og måltider og bevæ- gelse, forældre- inddragelse, sundhedsfaget i folkeskolen og kul- turændringer blandt elever i fol- keskolen.
Varighed	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret	Ikke specificeret
Aktiviteter: Specifik	Delprojekt 1 Forløb for over- vægtige nybagte mødre med hen- blik på at motivere og inspirere til at integrere bevæ- gelse og fysisk akti- vitet i familiens hverdag, samt at styrkelse foræl- drenes handle- kompetencer. Delprojekt 2 Forløb for over- vægtige børn i indskolingen med fokus på bevægel-	Trim Kids Motions-tilbud til skolebørn, både individuelt og i grupper. Mad, motion & sundheds- coaching Ungdomsskolehold om mad, måltid og motion. Familieteam Tværfagligt fami- lievejledningsteam vejleder familier om kost- og moti- ons og gennemfø- rer familiekonsum-	Hjemmebesøg til børn med anden etnisk baggrund i samarbejde med sundhedsformidle- re. Gruppeinterventi- oner til familier med overvægtige børn ved skole- start.	MEND: Mind: Un- dervisning af for- ældre i teknikker for adfærdsæn- dring. Exercise: Fysiske aktiviteter udviklet til børn, som ikke er vant til at dyrke motion. Nutrition: Gruppe- baserede under- visning om sunde kostråd med prak- tiske orienterede aktiviteter såsom indkøbstur og	Tværfagligt fore- byggelses- og be- handlingsteam, der udarbejder in- dividuelle handle- planer for de del- tagende børn/unge og fa- milier. Afvikling af diffe- rentierede tilbud til de deltagende overvægtige børn og unge samt de- res familier, så som undervisning om kost og motion med aktiviteter.	Trivselsteam Individuel rådgiv- ning og vejledning i forhold til over- vægtige børn og unge og deres fa- milier. Playhold: Grup- pebaseret motion i idrætsforeningsre- gi. Livsstils- værksted: Grup- pebaseret bevæ- gelse og madlav- ning for børn og deres forældre.	Projekt 2 Behandlende ind- sats i familien hvor der ydes kostvejledning, motionsprogram og evt. henvisning til familierapeut. Projekt 3 Motionsprogram bestående af et særsomt idrætstil- bud for den henvi- ste gruppe samt et lille sundt mel- lemmåltid enten i en pause, eller når træningen er over-	Familievægtsko- len Undervisning i mo- tion og kost samt gruppesamtaler. Særligt forældre- program om hvor- dan man håndte- rer og støtter sit barn i kampen mod overvægt. Fit Kid Fysiske aktiviteter, som tilpasses bør- nenes motoriske færdigheder med vægt på høj inten- sitet aktiviteter. Tilbuddet starter	Organisations-, samarbejds- og kompetenceudvik- ling samt monito- ring af fokusom- råder. Indsatser med fo- kus på mad og måltider og bevæ- gelse for særlige målgrupper. Fokus på tidlig opspo- ring, rekruttering, individuelle hand- leplaner, livsstils- samtaler, særlige idrætstilbud, og udvikling af be- handlingstilbud til

Kommune	Favrskov	Faxe	Glostrup	Halsnæs	Norddjurs	Sorø	Syddjurs	Vordingborg	Århus
	se og sund livsstil. Delprojekt 3 Overvægtige børn tilknyttede en idræts-forening med henblik på at understøtte sunde mad- og bevægelsesvaner.	tation.		madlavning. Do it: Få afprøvet tingene, og få sat nogle løbende mål i forhold til kost og motionsvaner.			stået.	med et sundt mellemmåltid.	svært overvægtige.
Varighed	1-2 timer/uge i 6-10 uger (afh. af delprojekt).	2-14 mødegange (afh. af delprojekt).	gruppeforløb a 12 gange 2 timer.	3 mdr. forløb (i alt 12 inkl. opfølgingsfase).	I gennemsnit deltog deltagere i 37 uger.	Ikke specificeret.	2-3 timers træning/uge (projekt 3).	FVS: 4 dage. FitKid: 2 t - 2 dag/uge.	ikke specificeret.
Centrale samarbejdspartnere	Sundhedsplejen	Sundhedsplejen, Familierådgivningen, Dagtilbudsforvaltningen, kommunens daginstitutioner og SFO og Ungdomsskolen.	Sundhedsplejen, børne-ungelæge, tandplejen, pædagoger og lærere, ernæringsuddannet og sundhedsformidlere.	Sundhedsplejen, skoler, SFO'er, international organisation (Oxford Health Alliance) og Landsforeningen af Overvægtige.	Børn- og ungeafdelingen, sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler og kommunale idrætshaller.	Skolen, SFO, DGI, lokale idrætsforeninger og overlæge på Holbæk Sygehus.	Sundhedsplejen, praktiserende læger, børne- og ungelægen, psykolog, fysioterapeut, lærer, dagplejetilsynsførende, dagplejere og pædagoger. Århus Universitet og Syddansk Universitet.	Sundhedsplejen, skoler og tilknyttede SFO'er, fysioterapeut, naturvejleder, kost og motionsvejleder, pædiater, psykolog, praktiserende læger, Børn og Unge afdelingen.	Magistraterne for Teknik og Miljø og for Sundhed og Omsorg. Dagtilbud, SFO'er, daginst., skoler, lærer, elever og forældre. Uddannelsesinstitutioner, universiteter og videnscentre. Fonde og forbund. Dansk Cyklistforbund. Idrætsorganisationer, klubber og aktivitetscentre. Kulturministeriet og Regioner. Højskolevejens sundheds- og tandpleje. Socialdistrikter

4 Organisering og forankring

4.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi på tværs af projektkommunernes erfaringer med organisering og forankring. Implementeringsforskningen peger på, at forhold vedrørende implementering af en given sundhedsfremmende indsats har stor betydning for indsatsens resultater. Derfor er i denne tværgående evaluering fokus på forskellige forhold herved. Et af de forhold, som er væsentligt, er karakteristika ved den implementerende organisation såsom projektets organisering og forankring, herunder ledelsesopbakning¹.

Organisering handler om, hvor i den kommunale organisation kommunerne placerer deres projekter, og hvilken form for projektorganisation de etablerede. De involverede aktørers roller og funktion beskrives og analyseres nærmere i kapitel 6.

Forankring omhandler, hvordan projekterne har arbejdet med at sikre, at projektets leverancer (arbejdsgange, produkter, regler mv.) har fået opbakning, blevet udbredt og har fundet anvendelse uden for projektorganisationen, og derfor kan videreføres efter projektperiodens ophør. Under dette afsnit belyses dels projekternes generelle oplevelse af opbakning fra det politiske og administrativt ledelsesmæssige plan i kommunen. Dels skelnes der mellem de tiltag - strukturelle og processuelle - projekterne har gennemført for bevidst at sikre forankring.

4.2 Organisering

Kommunernes projektorganisering kan opdeles mellem de projekter, der primært var forankret inden for sundhedsområdet² og de projekter, der var forankret inden for børn- og ungeområdet i kommunen (se figur 4.2). Størstedelen af kommunernes projekter var forankret på sundhedsområdet³. Der var samtidig i størstedelen af kommunerne et tæt samarbejde med børn- og ungeområdet, ligesom der i alle projekter er etableret en (eller flere) styregruppe(r) med repræsentanter fra flere områder. Det tværgående samarbejde er ikke et overraskende fund, eftersom det har været et af udmøntningskriterierne fra Sundhedsstyrelsen, at der skulle etableres et tværsektorielt og -fagligt samarbejde. Samtidig har projekternes natur i høj grad bevirket, at de øvrige driftsområder, på både skole- og sundhedsområdet, som fx sundhedsplejen, blev inddraget⁴.

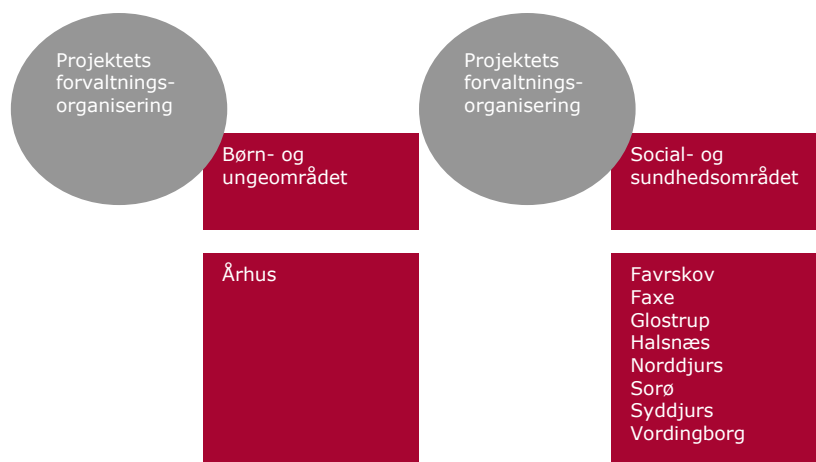
¹ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Sundhedsstyrelsen, København. Se side 44 og 72.

² Vi taler om forankring på sundhedsområdet som et bredere begreb, der dog samtidig dækker over en organisatorisk enhed, frem for forankring i sundhedsforvaltningen pga. kommunernes forskelligartede organisatoriske struktur, og fordi der ikke for alle kommuner er tale om forvaltninger.

³ Århus-projektet er forankret i Børn og Unge Magistraten (men i Sundhedsafdelingen herunder). Det er også derfor, at projektet står under børn-ungeområdet i figur 4.2.

⁴ Både kommunalreformens kommunesammenlægninger i 2007 og strejken blandt sundhedsplejersker på tværs af kommunerne i 2008 er kontekstuelle faktorer, som også for 2. udmøntningsprojekterne har haft betydning for dels fremdrift men til tider også forankring af projekterne. Nyoprettede sundhedsafdelinger har skullet finde deres plads i den kommunale organisering. Spørgsmål om "hvem gør hvad" har skullet afklares. Projekterne i "kommunens plan mod overvægt" fremhæves dog i flere tilfælde også som noget positivt i denne periode, idet eksistensen af et tværgående projekt har været med til at sikre endnu større kendskab til hinanden på tværs af nye forvaltninger.

Figur 4.2: Organisering af projekterne i forvaltninger



Fælles projektorganisering. På tværs af kommunerne ses flere ligheder i projektorganiseringen. Der kan identificeres en overordnet model for projektorganiseringen, som størstedelen af projekterne benyttede sig af. Den typiske organiseringsmodel bestod af en projektejer, en styregruppe samt en projektleder og projektgruppe(r).

4.2. Kommunal organisering

Kommune	Projektejer (hvem)	Styregruppe (ja/nej)	Projektleder/-koordinator (titel)	Projektgruppe (en primær eller flere delgrupper)
Favrskov	Sundhedsafdelingen (Sundhedschef)	Ja	Cand.scient.adm. (videreuddannet i Sundhedsfilosofi)	Flere delprojektgrupper
Faxe	Sundhedschef	Ja	Cand.scient.san.publ.	Flere delprojektgrupper
Glostrup	Sundhedschef	Ja	Sygeplejerske, MA i public health, Fysioterapeut og Master i Sundhedspædagogik	Én primær projektgruppe
Halsnæs	Sundhedschef	Ja	Sundhedskonsulent, Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed, Master i Sundhedspædagogik.	Én primær projektgruppe
Norddjurs	?	Ja	Bachelor i idræt og professionsbachelor i human ernæring	Én primær projektgruppe
Sorø	Sundhedschef	Ja	Projektkoordinator: EH-økonom, cand.pæd.	Flere delprojektgrupper
Syddjurs	Leder af Sundhedsteamet	Ja	Fysioterapeut	Flere delprojektgrupper
Vordingborg	Social, sundheds- og arbejdsmarketsdirektør	Ja	Cand.scient. Humanfysiologi fra Københavns Universitet.	Flere delprojektgrupper
Århus	Chef for Videnscenter for Sundhed og Trivsel	Ja (flere)	Sundhedskoordinator, planlægger (MA i public health)	Flere delprojektgrupper

– og ikke mindst promovere den ”nye afdeling”, som Sundhedsafdelingerne, hvor mange projekter typisk har været forankret.

Projektejerskabet lå for de fleste projekter på afdelingschefniveau (et enkelt tilfælde på forvaltningsdirektørniveau) i den forvaltning, hvor projektet var forankret.

*Styregruppen*⁵ var sammensat på tværs af forvaltninger og havde det overordnede ansvar for projektet (se bilag 1 for yderligere beskrivelse af sammensætning).

Projektlederen var fuldtidsansat (i seks ud af ni kommuner) og fastansat i kommunen (fem ud af ni kommuner). Projektlederen var den gennemgående figur i projektet.

Projektgruppe(r). Typisk indeholdt organiseringen ikke én projektgruppe men flere, sideløbende delprojektgrupper (i seks ud af ni kommuner). Projektlederens funktion var dermed i mere eller mindre grad koordinerende i forhold til projektgrupperne, da nogle projekter yderligere havde delprojektledere.

Projektlederen havde sin fysiske placering i den forvaltning, hvor projektet var placeret (alle kommuner).

Projektleder, styre- og projektgrupper og andre involverede havde typisk forskellige funktioner. Fx stod projektleder eller styregruppe ofte for jævnlig information til det politiske niveau. Flere projektledere fremhæver, at styregruppen havde en vigtig funktion i opstartsfasen i forhold til at afdække muligheder og barrierer for projektet i den øvrige kommunale organisation. Styregruppens funktion var endvidere ofte at sikre det tværfaglige fokus samt have fokus på implementering.

Uklare roller og ansvar kan ifølge implementeringsforskningen være en medvirkende faktor til, at implementeringen har mindre chance for at lykkes⁶. Data fra evalueringerne viser, at flere projekter har gjort sig overvejelser herom, idet flere rapporterede, at det havde afgørende betydning for en velfungerende projektorganisation, at alle roller i projektet var veldefinerede, og ikke mindst at beslutningskompetencen hos de inddragede var afklaret og sikret (se mere om aktørernes roller i kapitel 6).

I interviews med projektlederne understreger de endvidere, at det havde særlig stor kvalitet for projektet, når projektleder var fastansat i kommunen. Fastansatte havde ifølge flere informanter bedre kendskab til kommunens struktur samt et bedre overblik over kommunale tiltag med relevans for projektet og et større internt netværk. Endvidere sikrede fastansættelsen fokus på projektet ud over projektperioden og var således også en måde at sikre fokus på forankring (se *strukturelle forankrings tiltag*).

⁵ Størstedelen af projekter svarede i evalueringsskemaet, at de var tilfredse med styregruppens funktion i projektet. En erfaring på tværs af projekterne er endvidere, at det er vigtigt at have en bredt sammensat styregruppe med repræsentanter fra flere forvaltninger.

⁶ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Sundhedsstyrelsen, København. Se side 57.

4.3 Forankring

4.3.1 Tværorganisatorisk forankring

Som beskrevet ovenfor har projekternes målsætninger betydet, at projekternes interesser kom fra flere forvaltninger. Projekterne har derfor i deres projektorganisation søgt at sikre tværorganisatorisk forankring. Der kan identificeres tre modeller, som projekterne på forskellig vis benyttede⁷:

1. Styregrupperepræsentation (forekom i alle projekter).
2. Midlertidig placering i anden forvaltning (fx projektleders tilstedeværelse en gang om ugen i dele af projektperioden hos anden forvaltning) (forekom i Favrskov).
3. Permanent placering i anden forvaltning (fastansat i én forvaltning bliver projektleder og har haft permanent kontor i den anden forvaltning, hvor projektorganisationen er forankret) (forekom i Syddjurs).

4.3.2 Opbakning

Opbakning til projektet er endvidere som et afgørende forhold for projektets videre succes. Implementeringsforskning peger på, at ledelsesmæssig opbakning er en central faktor for succesfuld implementering⁸. Der kan her skelnes mellem såvel kommunens administrative og politiske ledelse, samt mellem ledelsesniveauer i forvaltningen. Opbakning til projektet kan både være midlet til og resultatet af en god projektorganisation.

Data viser, at projektlederne alle oplevede god opbakning fra deres egne chefer. Herunder opmuntring, sparring og deltagelse i møder mv. Det var således ofte opbakning i form af, at egne chefer viste anerkendelse af projektet ved at prioritere det tidsmæssigt og sikre synliggørelse af det over for andre, som projekterne fremhævede. Det var dog kun nogle projekter (fire ud af ni), som havde fokus på dette forhold i deres egne evalueringsrapporter.

Projektledernes oplevelse af opbakning fra andre forvaltninger og chefer på institutionsniveau varierede. Chefer fra andre forvaltninger oplevedes 'længere væk' og krævede derfor et større arbejde at få involveret i projektet.

Den overvejende tendens var dog positiv. Når kontakten først var etableret, var størstedelen positive og villige til samarbejdet. Styregruppens sammensætning med chefer fra forskellige forvaltninger og afdelinger rapporteres af fire projekter som en måde at sikre den bredere ledelsesmæssige opbakning på. Derved havde de relevante ledelser medbestemmelse i projektet, og kunne også udadtil til deres medarbejdere på lavere niveauer signalere opbakning til projektet.

⁷ Som ikke er gensidigt udelukkende.

⁸ Fx Durlak, J. & Dupre, E (2008): Implementation Matters. A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. American Journal of Community Psychology, vol 41, pp 327-350.

Et relevant fund var endvidere, at ledelsesopbakning på højere niveauer er altafgørende for opbakning hos det udførende personale og i sidste ende målgruppen. Tre kommuner rapporterede, at udførende personale i nogle delprojekter manglede ledelsesopbakning (typisk fra ledelser på skoler og institutioner). Disse tre delprojekter rapporterede, at dette havde negativ betydning for indsatsens resultater (fx havde manglende ledelsesopbakning betydning for, at det involverede personale blev demotiverede, hvilket betød mindre engagement i indsatsen).

Citatboks 4.3.2

'Projektet har fra ansøgningsfasen haft stor politisk opbakning, og det politiske udvalg er løbende blevet orienteret om projektet. Der har ligeledes været stor opbakning fra det administrative kommunale ledelsesniveau.'

(Projektleder, Norddjurs Kommune)

Størstedelen af projektlederne (i fem ud af otte kommuner) vurderede, at den kommunalpolitiske opbakning til det pågældende projekt i kommunen var god. Endvidere viser data, at eksistensen af en sundhedspolitik i kommunen (og således politisk opbakning udtrykt mere indirekte) i sig selv virkede legitimerende for projekterne. I to kommuner oplevede projektlederne knap så synlige/interesserede politikere.

Et fund på tværs er dog samtidig, at villighed og opbakning i form af positive udmeldinger fra politikerne dog ikke er ensbetydende med økonomisk opbakning.

4.3.3 Forankringstiltag

Der kan på tværs af kommunerne skelnes mellem to overordnede typer af forankringstiltag, strukturelle og processuelle, som projekterne benyttede sig af. Ofte i kombination:

De strukturelle forankringstiltag – forstået som (formaliserede) forhold der indlejres i projektets struktur og organisation, som virker fremmende for forankringen af projektet – blev for nogle projekter allerede indført i projektplanlægningen og organiseringen. Dels via en direkte formulering i formålet for projektet og dels via en prioritering af at bruge fastansatte/interne folk i kommunen for bedst muligt at sikre samspil og forankring.

Derudover havde flere projekter specifikt fokus på at lave indsatser med udgangspunkt i de eksisterende strukturer og arbejdsopgaver, som medarbejdere i kommunen allerede varetog. Dermed havde indsatserne større chance for at blive videreført, fordi fokus fra start var, at sådanne projekter kunne forankres og videreføres mere eller mindre omkostningsneutralt i den almindelige drift.

Nedsættelse af en styregruppe og en strategisk sammensætning af denne med fokus på forankring kan også betragtes som et strukturelt forankringstiltag, alle benyttede sig af (mere eller mindre ekspliciteret).

I de generelle indsatser er også sket forsøg på institutionel forankring af indsatser via indførelsen af handleplaner og politikker lokalt i de involverede institutioner i fx dagtilbud og skoler. Erfaringerne på tværs viser dog, at de strukturelle forankringstiltag ikke kan stå alene men i høj grad er afhængig af de processuelle forankringstiltag, som kommunerne benyttede sig af.

Processuelle forankringstiltag – forstået som forhold der sikrer processen omkring projektet og dermed projektets løbende fremdrift - tog på tværs af kommunerne et omdrejningspunkt i det løbende arbejde med at involvere relevante interessenter.

Det er et generelt fund, at projektlederen havde et stort arbejde i at sikre, at både udførende personale og ledere på de involverede områder følte ejerskab og prioriterede projektet, således den fremtidige forankring havde bedst mulig grobund.

Løbende information og afholdelse af statusmøder i og uden for projektgruppen og bevarelse af god kontakt til alle involverede, både interne og eksterne samarbejdspartnere, vurderedes som vigtigt.

Processuelle forankringstiltag handler således (som navnet også antyder) ikke primært om den endelige forankring men havde derimod fokus på at sikre den løbende forankring: At processen omkring projektet gled smidigt, og at der var et godt samarbejde med og kendskab til projektet hos relevante interessenter.

Det varierer, i hvor høj grad de enkelte kommuner har haft fokus på forankring fra start. I to kommuner har projektlederne haft mindre grad af fokus herpå, men de fleste projektledere fremhæver at have haft et stort fokus herpå.

Et opmærksomhedspunkt for flere projekter med betydning for forankringen var endvidere konsekvenserne af personaleudskiftning i projektet. Disse havde betydning for, at det var vanskeligere at opnå et ejerskab til projektet, og det betød endvidere tab af kompetencer og erfaringer, som var væsentlige i forhold til både implementering og forankring af projektet.

4.3.4 Videreførelse efter projektperiodens ophør

Alle kommuner fører dele af deres projekt videre i drift, og således er alle kommuner i mere eller mindre grad lykkedes med forankringen. Ingen fører dog samtlige projektaktiviteter videre. Ikke overraskende har særligt økonomien i kommunerne en afgørende betydning for dette. Således er en tendens, at det særligt var de meget udgiftstunge (personaletunge) indsatser (fx familieteam og fulde programmer adapteret fra udlandet), som var udfordrende at sikre videreførelse.

4.4 Analyse og vurdering

Analysen af 2. udmøntningsrunde viser, at følgende centrale forhold gør sig gældende i forhold til organiseringen af projekterne.

1. *Fælles projektorganisering.* Det er en fælles projektorganisering, som anvendes på tværs af kommunerne. Alle projekter indeholder lignende organisatoriske grundkomponenter (projektejer, styregruppe, projektleder og projektgruppe(r)) og er placeret i den del af den kommunale forvaltning, hvor projektets primære virke foregår. Dermed er det i højere grad i projekternes omfang og kompleksitet end i deres projektorganisering, at kommunerne varierer.
2. *Veldefinerede roller i projektorganisationen.* Erfaringerne på tværs er, at det havde afgørende betydning for, om projektorganisationen er velfungerende, at alle roller i projektet er veldefinerede og der er afklaring med hensyn til, hvor beslutningskompetencen ligger, og at denne er sikret. Der-

for bør projekterne have øje for dette i sammensætningen af projektets styregruppe og projektgruppe i øvrigt.

3. *Fastansatte i projektledelsen.* Det har stor værdi for projektet, hvis ledelsen varetages af en fastansat i kommunen. Dermed sikres omfattende kendskab til de kommunale strukturer, og risikoen for udskiftning i projektlederrollen mindskes (sammenlignet med en projektansat). Disse forhold betyder endvidere en bedre forankringsmulighed, da fokus på projektet kan bibeholdes efter projektperioden.
4. *Sikring af tværororganisatorisk forankring.* Erfaringerne viser, at der kan være flere modeller i projektorganisationen, som kan sikre en god tværororganisatorisk forankring og dermed et velfungerende og dynamisk samarbejde med andre forvaltninger. Modellerne kan supplere hinanden: Foruden en hensigtsmæssigt sammensat styregruppe kan dette sikres ved at indtænke specifikke aktiviteter i projektet for at overkomme forvaltnings-skel.

Tre forhold fremstår som centrale for forankringen af et projekt:

1. *Ledelsesopbakning på alle niveauer.* Opbakning fra både kommunalpolitisk og administrativ ledelse er et afgørende forhold for både projekt gennemførelsen og forankringen af projektet. Det antydes endvidere at have betydning for projektets resultater, idet data viser tendenser til, at indsatsen hos udførende faggrupper påvirkes negativt ved manglende opbakning fra både højere og lavere ledelsesniveauer i kommunens inddragede institutioner.
2. *Fokus på processuelle forankringstiltag* i forhold til at sikre løbende forankring i form af opbakning og engagementet fra projektets samarbejdspartnere, både de interne og eksterne. Involvering af relevante aktører fra start sikrer ejerskab omkring projektet, hvilket er centralt for, at projektet internaliseres blandt relevante faggrupper i kommunen.
3. *Fokus på strukturelle forankringstiltag* Det er vigtigt at involvere relevante parter i planlægningen af indsatser, herunder at afdække muligheder og barrierer i de eksisterende strukturer i kommunen med henblik på at indtænke forankring af projektet fra start. Forankringen af projektet kan udfordres, hvis den i højere grad er møntet på personer frem for organisatoriske strukturer og formaliserede samarbejder. Derfor er det vigtigt med opmærksomhed på at sikre forankringen på strukturelt plan (fx sundhedspolitik, retningslinjer, handleplaner mv.), så den ikke forsvinder, når enkeltpersoner forsvinder væk i projektførelsen.

Det er Rambølls vurdering, at projekterne har været hensigtsmæssigt organiseret og placeret i de kommunale forvaltninger. Projekterne er blevet gennemført i en, for kommunerne, turbulent periode efter strukturreformens ikrafttrædelse med nye kommunale organisationer og opgaver. På trods heraf oplevede projektlederne generelt en ledelsesmæssig opbakning og fokus på projekterne. Evalueringer peger således på, at variationer i projekternes implementering og resultater i mindre grad skyldes organisatoriske og ledelsesmæssige forhold.

5 Metoder, mekanismer og tilrettelægelse

5.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi nærmere på de metoder og mekanismer, som projekterne benyttede sig af i tilrettelæggelsen af hhv. generelle og specifikke indsatser.

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 arbejdede 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.

Med *mekanismer* rykkes der et skridt nærmere de konkrete måder, hvorpå de kommunale projekter søgte 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 intervenserende, (ii) fysisk intervenserende og (iii) reguleringer.

- Med *kognitivt intervenserende* menes, at børn/professionelle udelukkende undervises eller modtager information og ikke udfører egentlige aktiviteter. Det er særligt under denne type mekanisme, at projekterne via undervisning og kognitiv intervention kan få fokus på de psykosociale aspekter af overvægt. Disse har især betydning for den langsigtede effekt efter indsatsens ophør.
- Med *fysisk intervenserende* menes, at børnene deltager aktivt og udfører reelle aktiviteter (eksempelvis madlavning eller motion) i stedet for udelukkende at modtage undervisning/information.
- 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.

I de følgende afsnit beskrives dels Rambølls baggrund for at kategorisere projekterne inden for overordnede indsatskategorier, dels beskrives fund og tendenser inden for disse kategorier på tværs af kommuner inden for både generelle og speci-

fikke indsatser⁹. Slutteligt beskrives kommunernes fokus på evidensbaserede programmer og teoretiske grundlag samt udfordringer herved diskuteres.

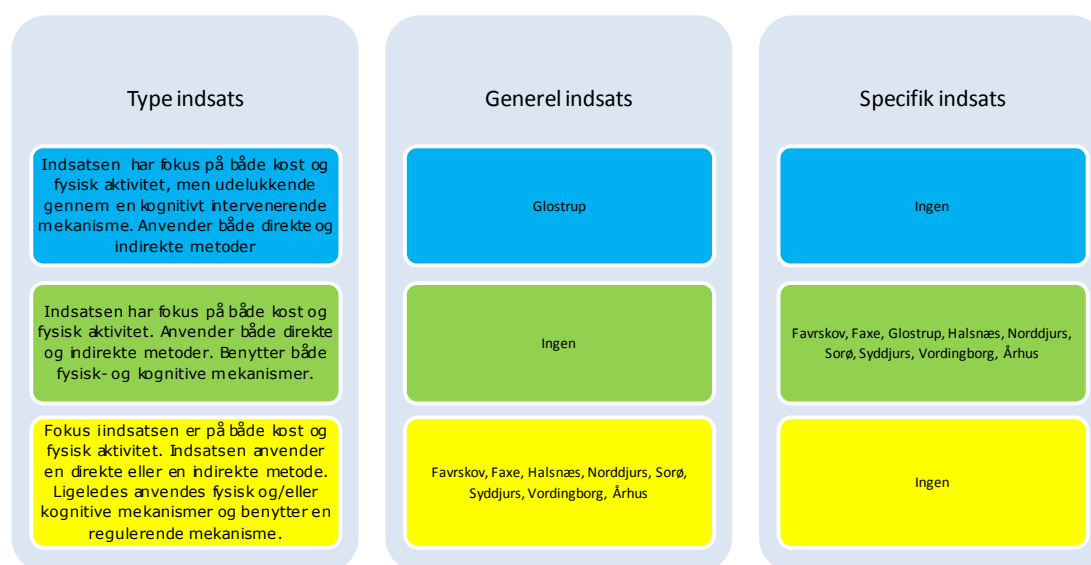
5.2 Metoder og mekanismer

Forebyggelses- og behandlingsindsatser har en større sandsynlighed for at lykkes, hvis de er baseret på solid evidens og i øvrigt er implementeret korrekt. Rambøll har som bagvedliggende analyse for projekterne i de forskellige udmøntninger i "Kommunens plan mod overvægt" undersøgt, hvilke indsatser, der forskningsmæssigt er belæg for, er effektive. Denne gennemgang af forskningen viser, at der er relativt få indsatser (19), der har vist sig at være effektive.

Med udgangspunkt i de indsatser, som effektevaluering med eksperimentalt design har vist er effektiv eller signifikant effektiv¹⁰, har det været muligt at identificere tre overordnede modeller. Kombinationen af metoder og mekanismer i disse modeller ligger til grund for den kategorisering, som er præsenteret nedenfor i figur 5.2.

Samtlige kommuner anlagde en helhedsorienteret tilgang til overvægtsproblematikken og tog som oftest udgangspunkt i et bredt sundhedsbegreb. Med udgangspunkt i definitionerne af metoder og mekanismer kan de kommunale 2. udmøntningsprojekter (og Århus) og deles i følgende tre kategorier i forhold til deres generelle og specifikke indsatser.

Figur 5.2: Oversigt over kategorier for brug af metoder og mekanismer



⁹ For en kursorisk beskrivelse af alle konkrete indsatser i de forskellige projekter henvises til tabel 1.

¹⁰ 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.

5.2.1 Generelle indsatser

Som det ses i figur 5.2., placerer størstedelen af kommunerne sig i den gule kategori. Dette er dels et udtryk for, at disse kommuner alle gjorde brug af regulerende mekanismer i deres generelle indsats, og dels at disse kommuner i deres generelle indsats bragte flere forskellige mekanismer og metoder i spil. Således havde alle fokus på mere strukturelle ændringer, såsom kost- og bevægelsespolitikker og handleplaner på skoler og institutioner mv. Samtidig havde de indirekte metoder i denne gruppe typisk de professionelle som målgruppe.

Denne kategori spænder dog stadig over en vis variation på tværs af kommunerne. Fx havde fem ud af ni kommuner fokus på at efteruddanne fagpersonale på skoler og institutioner til at være nøglepersoner i sundhedsfremme og forebyggelse og lign. Disse kommuner søgte således at engagere ressourcepersoner til at facilitere nye vaner i forhold til kost og motion i deres pågældende organisation – for både fagpersoner og målgruppen af børn og unge. De regulerende mekanismer tog sig også forskelligt ud i praksis og forløb mere eller mindre planmæssigt på tværs af kommuner.

Projektet i den blå kategori adskilte sig fra de øvrige kommuner ved ikke at have gennemført regulerende mekanismer. I dette projekt var de primære aktiviteter i stedet monitorering og gennemførelse af hjemmebesøg for alle kommunens indskolingsbørn.

Et fund på tværs af kommuner er, at der var forskel mellem projekterne i forhold til, hvor meget den generelle indsats fyldte ressourcemæssigt i projektperioden. Glostrup er et eksempel på en opprioriteret og meget ressourcekrævende generel satsning, hvorimod Vordingborg og Halsnæs er eksempler på projekter, hvor det i højere grad har været de specifikke indsatser, der har været det primære fokus (se næste afsnit).

5.2.2 Specifikke indsatser

Det var primært i de specifikke indsatser, projekterne anvendte direkte metoder. Fx ved gennemførelse af holdaktiviteter inden for både kost og fysisk aktivitet med deltagende børn og unge eller via samtaleforløb, hvor børn og unges (og deres familier) kognitive udvikling i forhold til at ændre vaner blev understøttet. Alle kommuner placerer sig således inden for samme overordnede model (grøn kategori) i figur 5.2., men der var samtidig variation på tværs af kommuner i forhold til, hvilke konkrete aktiviteter, som strukturerede anvendelsen af metoder og mekanismer.

Indirekte metoder i de specifikke indsatser adskilte sig typisk fra de indirekte metoder anvendt i de generelle indsatser ved, at der her i højere grad også var fokus og intensiv involvering af forældrene. Otte ud af ni kommuner havde en familieorienteret indsats som specifik indsats (enten som eneste eller én ud af flere delprojekter). Individuelle forløb med familiesamtaler/-rådgivning var herunder et gennemgående træk. Disse var endvidere i varierende grad suppleret med holdaktiviteter. Ved en familieorienteret indsats opnås en kombination af indirekte og direkte metoder, med kontakt til både børn/unge og deres forældre/familier, som af mange projekter fremhæves som meget velfungerende. Dette er samtidig i overensstemmelse med den socialkognitive teori som ligeledes understreger, at et barn ikke

alene har ansvaret for en adfærdsændring, men at det netop også kræver opbakning og støtte fra familie og lokalmiljø.¹¹

Desuden gennemførte syv ud af ni kommuner holdaktiviteter omhandlende fysisk aktivitet. Disse var organiseret forskelligt, men en fællesnævner var, at børnene var aktive med diverse fysiske aktiviteter. Der har også været holdforløb med fokus på undervisning om kost og motion samt praktisk udførelse af eksempelvis fælles madlavning samt inddragelse af forældre i aktiviteterne.

5.2.3 Implementering af evidensbaserede programmer

Inden for de specifikke indsatser kan der endvidere skelnes mellem to overordnede indsatsstrategier. Indsatser som arbejdede med enten (i) kodificerede indsatser eller (ii) ikke-kodificerede indsatser (se bilag 3). Ved *kodificerede indsatser* forstås indsatser, hvor en skriftlig protokol som minimum beskriver indsatsens målgruppe, formål, tilsigtede virkninger, metoder og varighed. Evidensbaserede metoder er fx kendetegnet ved at være stærkt kodificerede. *Ikke-kodificerede indsatser* er indsatser, der ikke lever op til disse minimumskriterier. Kodificerede indsatser vil typisk også have standarder for implementeringen for at sikre, at metodens integritet (fidelitet) ikke kompromitteres. Kodificering er bl.a. vigtig for at sikre at dokumenteret effektive indsatser implementeres efter forskrifterne og fordi det giver en mulighed for at "eksportere" eller opskalere metoden til andre steder også. Der er ikke af Sundhedsstyrelsen stillet krav om kodificering.

To kommuner, Halsnæs og Vordingborg, arbejdede med kodificerede indsatser i deres specifikke projekter. Begge kommuner arbejdede med at indføre evidensbaserede programmer fra andre lande (MEND-programmet fra England, Familievægtskolen fra Sverige og FitKid fra USA) (se bilag 3).

Citatboks 5.2.3

'Udfordringer i det færdige koncept: fra start tænkte man, "at det jo er nemt", men det viste sig, at der er kulturelle forskelle fra DK og S og meget stor forskel på noget, som er udviklet i hospitalsregi, som skal udføres i kommunalt regi. Man har dog så vidt muligt været meget tro overfor den måde, det har været udført i Sverige.'

(Projektlederen for Familievægtskolen, Vordingborg Kommune)

De øvrige kommunale projekter må betegnes som at anvende ikke-kodificerede indsatser. Disse anvendte ofte udvalgte metoder eller redskaber¹². De specifikke indsatser havde ofte et eksplicit teoretisk udgangspunkt. Inden for indsatser med samtalefokus benyttede størstedelen af projekterne sig af eksempelvis *Den motive-rende samtale*, *Små Skridt*-metoden, *Du bestemmer*-metoden og/eller *Mindmapping* som samtaleteknikker. Imidlertid udgør ingen af disse en samlet metodisk og teoretisk model.

Implementeringen af evidensbaserede programmer i kommunalt regi kræver, at kommuner forholdt sig til spørgsmålet om nøjagtighed versus tilpasning – altså hvor meget af det oprindelige design, man kan anvende direkte, og hvor meget, der skal tilpasses lokale forhold. Fx hvis programmet er udviklet i en kontekst, der ad-

¹¹ Bandura, A. (1977). Social Learning Theory. New York: General Learning Press).

¹² Som de pågældende fagpersoner ofte blev kompetenceuddannet i jf. kapitel 7.

skiller sig meget fra den danske eller er meget komplekst. Inden for de kodificerede indsatser har begge kommuner haft fokus herpå, og fortalte under telefoninterviewet, at dette var et omstændeligt og udfordrende arbejde.

Forskningen kan illustrere forskellige måder at sikre dette. Blandt andet ved løbende supervision, feedback og træning¹³. Der har været varierende fokus på dette i kommunerne. MEND-programmet i Halsnæs krævede licens, og det var påkrævet, at alle instruktører blev uddannet i England. Det er dog kun i forbindelse med Fit-Kid-programmet fra Vordingborg, der rapporteres løbende supervisionsaktiviteter.

5.3 Analyse og vurdering

På baggrund af analysen kan følgende fund fremhæves:

1. *Solidt empirisk grundlag for de valgte metoder og mekanismer.* Det har ikke været puljens formål at implementere bestemte, allerede afprøvede, indsatser. Alligevel viser vores analyse, at alle generelle og specifikke indsatser i hovedtræk var baseret på en kombination af metoder og mekanismer, som har været vist effektive i anden kontekst. På trods af at størstedelen af kommunerne ikke implementerede allerede afprøvede indsatser, kan det således stadig overordnet set konkluderes, at projekternes *design* hviler på et evidensgrundlag, der sandsynliggør, at indsatsen kan virke.
2. *Begrænset anvendelse af kodificerede indsatser.* To kommuner har forsøgt at anvende evidensbaserede indsatser i deres projekter. De øvrige projekter har selv sammensat projektet på baggrund af eksisterende, eller nye, metoder og redskaber. Disse er ikke blevet kodificeret. Dette har ej heller været en del af Sundhedsstyrelsens udmøntningskrav

Rambøll vurderer, at projekternes *design* overordnet set er solidt funderet. Imidlertid betyder den manglende kodificering, at der ikke er klare forskrifter for, hvad og hvordan indsatsen skal implementeres. Det er ensbetydende med, at brugen af metoder og mekanismer ikke er veldokumenteret i hverken projektdokumenter eller i projekternes evalueringer. Der er med andre ord en manglende fokus på fidelitet i implementeringen af indsatserne¹⁴. Eftersom et løbende fokus på fidelitet af indsatsen er identificeret som en central faktor for at realisere de tilsigtede virkninger af sundhedsfremmende indsatser, vurderes dette fund af væsentlig betydning i forhold til at kunne dokumentere og sandsynliggøre projekternes resultater for indsatsgruppen¹⁵.

¹³ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Siderne: 37-38 og 52.

¹⁴ Se også Kap. 7 vedr. opfølgning i forbindelse med kompetenceudvikling.

¹⁵ Durlak, J. & Dupre, E (2008): Implementation Matters. A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. American Journal of Community Psychology, vol 41, pp 327-350.

6 Aktører og opgaver

6.1 Introduktion

I nærværende kapitel ser vi nærmere på de mange aktører, som har været involveret i projekterne på tværs af kommunerne. Hvor den tværgående evalueringsrapport om 1. udmøntningsprojekterne særligt fokuserede på projektleder og projektgruppens arbejdsopgaver, går nærværende rapport mere i dybden med erfaringerne med samarbejdet med forskellige aktører.

Først beskrives de arenaer, som har været omdrejningspunktet for hhv. de generelle og de specifikke indsatser. Derefter belyses samarbejdet med aktører, som var involveret inden for de forskellige arenaer.

Der skelnes mellem tre overordnede aktørkategorier:

- (i) kommunale aktører
- (ii) regionale aktører
- (iii) frivillige (andre) aktører

Aktørernes overordnede opgaver samt samarbejdet mellem projekterne og disse belyses under hvert afsnit, og opmærksomhedspunkter for samarbejdet fremlægges. Endelig belyses projekternes styregrupper og disses funktion.

6.2 Indsatsernes arenaer

Nedenstående figur illustrerer, hvilke arenaer der har været de primære for hhv. generelle og specifikke indsatser i de enkelte kommuner.

Tabel 6.2: Arenaer hvori indsatsen er foregået

Kommune		Arena: Daginstitution	Arena: Skole	Arena: Hjem	Arena: Fritidstilbud
Favrskov	Generel	X	X		
	Specifik		X	X	X
Faxe	Generel	(X)	(X)	X	
	Specifik			X	X
Glostrup	Generel		X	X	
	Specifik			X	X
Halsnæs	Generel		X		X
	Specifik			(X)	X
Norddjurs	Generel	X	X		X
	Specifik		X	X	
Sorø	Generel	X	X		
	Specifik			X	X
Syddjurs	Generel		X		
	Specifik			X	X
Vordingborg	Generel		X		
	Specifik		X	(X)	X
Århus	Generel	X	X		
	Specifik		(X)	(X)	(X)

Tabel 6.2 viser, at de generelle indsatser primært foregik i professionelt regi i skoler og daginstitutioner, hvor det kommunale personale på de pågældende institutioner/skoler var involveret. De specifikke indsatser foregik i højere grad i privat regi, dvs. ofte i familien. Endvidere foregik der også ofte indsatser i fritiden, hvor fritidstilbud var arena for indsats. Flere specifikke indsatser benyttede endvidere skolen (og SFO) som arena.

6.3 Samarbejdspartnere i projekterne

På tværs af kommuner har mange forskellige aktører været involveret. Det har resulteret i mange givtige samarbejder men har samtidig været en udfordring for projekterne at opbygge og bevare. Nedenfor ses en oversigt med eksempler på typer af samarbejdspartnere inden for hver aktørgruppe.

Tabel 6.3: Samarbejdspartnere i projekterne

Kommunale aktører	Regionale aktører	Frivillige (andre) aktører
• Andre forvaltninger • Sundhedspleje • Tandpleje • Skoler • SFO • Daginstitutioner/dagpleje • Kommunallæge • Naturvejledning • Psykologer	• Praksisdiætistordning • Almen praksis • Speciallæge • Hospitaler • Regionalt forskningscenter	• DGI • Lokale idrætsforeninger • Ungdomsskoler • Fødevarestyrelsen • Patientforeninger • Julemærkehjem • Sund By Netværket • Universiteter/uddannelsesinstitutioner

6.3.1 Samarbejde med kommunale aktører

På tværs af projekterne var der generelt en omfattende og bred involvering af relevante kommunale aktører, som varetog en bred vifte af opgaver – både internt og eksternt af projektorganisation - såsom:

- Identifikation
- Rekruttering/henvisning
- Undervisning

Ud over det koordinerende arbejde i projektgrupperne havde andre forvaltningsenheder i kommunerne ofte også ledelsesmæssige og koordinerende arbejdsopgaver i forhold til at sikre samarbejdet med de udførende led i de forskellige forvaltninger (fx sundhedsplejersker og lærere).

Alle projekter samarbejdede med sundhedsplejersker i kommunen, og størstedelen af projekterne involverede endvidere lærere og pædagoger fra kommunernes skoler og dagtilbud (også dagpleje) i mere eller mindre grad afhængigt af indsatsen.

Endvidere var flere sundhedsfaglige kommunale aktører såsom kommunallæge, psykologer og fysioterapeuter involveret i nogle af projekterne. Psykologer var primært tilknyttet den specifikke indsats og varetog samtaler med børn og familier.

Sundhedsplejerskerne havde en stor del af deres arbejdsopgaver i identifikation og rekruttering af børn og unge (se kapitel 8) til oftest de specifikke indsatser.

Derudover var der også mange indsatser, som i sig selv involverede sundhedsplejersker i indsatsens udførelse, fx i forbindelse med familievejledning og hjemmebesøg.

De øvrige kommunale aktører havde ofte en rolle i den generelle indsats i forhold til at modtage kompetenceudvikling og derefter varetage sundhedsfremmende roller på deres institution – i nogle indsatser blev fagpersonale (fx SFO-personale) endvidere opkvalificeret til at varetage specifikke indsatser.

I flere projekter fremhæves det, at forskellige fagligheder bidrog med forskellige forståelser og tilgange i forhold til målgruppen. Flere projekter fremhævede gode erfaringer med involveringen af fagpersonalet på de pågældende institutioner også i forhold til at kunne videreføre indsatsen efter projektperiodens ophør (fx i forhold til at videreføre en specifik motionsindsats i SFO-regi).

På den mere udfordrende side fremhæver mange kommuner, at det er meget tidskrævende med det tværfaglige arbejde. Det var i nogle projekter en udfordring at få opbakning til opgavevaretagelsen fra de pågældende forvaltninger i kommunen, idet almene driftsopgaver (skal-opgaver) først og fremmest blev prioriteret. Endvidere kunne manglende ledelsesopbakning og manglende inddragelse af aktører fra start (for at sikre ejerskab) udfordre klarhed i opgavevaretagelse blandt de kommunale aktører.

For størstedelen af kommunerne resulterede projekterne endvidere i nye og/eller styrkede samarbejdsstrukturer i kommunen. Samarbejde mellem aktører foranlediget af projektet (fx sundhedsplejen og tandplejen) medførte i nogle kommuner endvidere ideer til kommende samarbejde om indsatser over for børn og unge.

Citatboks 6.3.1

'Der er generelt stor tilfredshed med projektet blandt de interviewede forældre i familieprojektet, især i forhold til sundhedsplejerskens besøg. Familierne fremhæver, at sundhedsplejersken især bidrager med konkret viden om mad og motion, samt med motivation og inspiration.'

(Egenevaluering, Syddjurs Kommune)

6.3.2 Samarbejde med regionale aktører

Størstedelen af kommunerne involverede på forskellig vis regionale aktører i deres projekter. Dels mere indirekte ved at informere om projektet i håb om, at fx sygehuse ville henvise dertil. Dels i form af direkte opgaver (i) vedrørende opsporing og henvisning til projekterne – og (i få tilfælde) (ii) samarbejder af faglig sparringskarakter.

(i) Identifikation og henvisning

Et projekt fik et henvisningssamarbejde etableret i form af samspil mellem den kommunale sundhedspleje og det regionale behandlingstilbud ”Praksisdiætistordningen” (henvisninger mellem sundhedsplejen og de regionale praksisdiætister med en lokalt forankret afdeling i kommunen med henblik på at give kommunens borgere en geografisk nemmere adgang til ordningen).

Alment praktiserende læger blev også primært involveret til identifikation af målgruppen og henvisning til projekterne. Som det også nævnes i kapitel 8, lykkedes det, på trods af flere ihærdige forsøg, ikke for kommunerne at etablere velfungerende samarbejde med almen praksis..

De fleste projekter, som ønskede at involvere almen praksis tog kontakt enten via praksiskonsulenten eller personligt til alle læger samt via udsendelse af nyhedsbreve eller anden information. Et projekt betegnede den manglende rekruttering af praktiserende læger som projektets største fiasko. Enkelte projekter fremhævede at have haft god kontakt til praksiskonsulenten i kommunen, men dette var ikke en garanti for involvering af alment praktiserende læger i kommunen i øvrigt.

(ii) Faglig sparring

Enkelte projekter benyttede sig af faglig sparring fra almen praksis (typisk praksiskonsulenten) og i et enkelt tilfælde hospitalsvæsenet (børneambulatorium) i opstartsfasen eller via løbende sparring og involvering af pædiater i projektets specifikke indsats.

6.3.3 Samarbejde med frivillige (og andre) aktører

Flere projekter (fem ud af ni) samarbejdede med frivillige foreninger i deres specifikke indsatser. Billedet af disse samarbejder på tværs af kommunerne er lidt uklart – med både fordele og ulemper – afhængigt af hvilke frivillige aktører der var tale om. Det er relevant at skelne mellem erfaringer fra samarbejde med (i) idrætsforeninger og (ii) øvrige frivillige aktører.

(i) Idrætsforeninger

Projekterne var generelt positive overfor, at (nogle) idrætsforeninger viste interesse for projekterne. Flere kommuner, som involverede idrætsforeninger rapporterede dog, at samarbejdet ikke fungerede optimalt (fire ud fem). Særligt mødet mellem kommunens specifikke overvægtsfokus og frivillighedstanken i idrætsforeningen fremhævedes som udfordrende og i sidste ende ufordelagtigt for projekterne. Særligt de frivillige instruktørers manglende erfaring med at arbejde med umotiverede målgrupper og at kunne fastholde disse fremhævedes som kilden til et ufrugtbart samarbejde. Endvidere oplevede enkelte kommuner, at de frivillige idrætsforeninger ikke ønskede overvægtshold i deres regi.

Det fremhæves endvidere som et omkostningsfyldt¹⁶ samarbejde for både forening og kommune: dels ressourcerne i at få de forskellige forståelser til at mødes, dels i den større risiko for udskiftning i personale (grundet frivilligheden).

En enkelt kommune oplevede et godt samarbejde med de lokale idrætsforeninger. Dette projekts succes fremhæves i projektlederinterviewet at skyldes projektleders egen erfaring med frivillighedsområdet, samt at projektet i højere grad gennemførtes på "frivillighedens præmisser" (uden henvisning til projektet og dermed udelukkende annoncering).

(ii) Øvrige frivillige aktører

Der er mere positive erfaringer med øvrige frivillige aktører. Andre samarbejdsprojekter med frivillige – fx samarbejde med ungdomsskoler, lektiehjælpsordninger, frivillige studerende fra Ankerhus Seminarium - som havde et andet eller bredere perspektiv end udelukkende fysisk aktivitet, rapporterede projekterne, fungerede godt og hensigtsmæssigt.

6.4 Analyse og vurdering

1. *God prioritering af arenaer.* Det er et positivt fund, at projekterne på tværs af kommunerne arbejder meget bredt i de arenaer, hvor målgruppen færdes til dagligt (i hjemmet og i skole/SFO mv.). Dermed mødes målgruppen, hvor den er, og aktører, som er i naturlig kontakt med børn og unge, involveres.
2. *Bred involvering af faggrupper.* På tværs af samarbejdsflader – både i og uden for kommunen - bevidner det tværfaglige samarbejde med de forskellige aktører om både mange fordele, men også udfordringer ved samarbejdet. Projekterne på tværs har været nødt til at prioritere dette samarbejde meget med tid og ressourcer. Fordele ved forskellige faglige kompetencer er, at det kvalificerer og styrker helhedsorienteringen i projekterne og medfører endvidere erfaringsudveksling, sparring og inspiration. Ulemperne er, at det er tidskrævende, og at mange aktører øger risiko for manglende koordinering og præcision i opgave- og rollefordeling, manglende ejerskabsfølelse hos aktørerne mv. Sikringen af ledelsesopbakning, god projektorganisation (herunder velbeskrevne roller for de forskellige aktører) og processuelle forankringstiltag i forhold til at sikre ejerskab for projektet er således også afgørende for en vellykket opgaveløsning.
3. *Manglende opgavevaretagelse blandt regionale aktører.* På trods af at størstedelen af projekterne på forskellig vis involverede regionale aktører i deres projekter, fylder denne aktørgruppe ikke meget i indsatserne på tværs af kommuner. Særligt samarbejdet med alment praktiserende læger, som ofte var tiltænkt opgaver i projekterne, lykkedes ikke optimalt. Dette er ærgerligt, da denne aktørgruppe har jævnlig kontakt til børn og unge i aldersgrupperne, som falder uden for det naturlige kontaktforløb hos kommunale aktører, såsom sundhedsplejen/sundhedstjenesten.

¹⁶ To kommuner, som oprindeligt havde projekter i idrætsforeningsregi, arbejder nu videre med at videreføre det i SFO-regi, grundet at det vurderes mindre omkostningsfyldt her.

4. *Involveringen af frivillige - et tveægget sværd.* Afhængig af opgaveløsningen og typen af frivillig organisation kan involvering af det frivillige område være konstruktivt eller ufordelagtigt. Særligt involveringen af idrætsforeninger er udfordrende og bør overvejes grundigt – det kan lykkes, hvis præmisserne er de rigtige, men de forskellige sektorforståelser og omkostningerne skal holdes for øje.

7 Kompetenceudvikling

7.1 Introduktion

I dette kapitel belyses kompetenceudviklingen, der blev gennemført i kommunernes projekter¹⁷. Sikring af kompetenceudvikling kan ifølge implementeringslitteraturen fremme vellykket implementering af indsatser¹⁸. Med kompetenceudvikling forstås de uddannelses- og opkvalificeringsaktiviteter, som foregik for de professionelle grupper – både internt i projektgrupperne og blandt andre professionelle og samarbejdspartnere.

Først belyses kompetenceudviklingens fokus, herunder hvorvidt der er tale om kompetenceudviklingsaktiviteter for alle eller udvalgte personer samt kompetenceudviklingens indhold. Derefter belyses det, hvorvidt der har været opfølgning på kompetenceudviklingsaktiviteterne i form af vurdering af den opnåede læring og vedligeholdelse heraf. Sluttelig belyses det, hvad projekterne selv vurderer at have fået ud af kompetenceudviklingen.

7.2 Kompetenceudviklingens fokus

I de fleste kommuner har kompetenceudvikling været en central del af indsatsen for såvel den generelle som den specifikke indsats.

Det er muligt at sondre mellem flere aspekter i fokus i kompetenceudviklingen:

- (i) Kompetenceudviklingens målgruppe
- (ii) Kompetenceudviklingens indhold

For (i) viser data, at kompetenceudviklingsaktiviteter målrettet alle professionelle (eller alle i en udvalgt gruppe af professionelle) primært forekom inden for de generelle indsatser. Data viser, at sådanne aktiviteter typisk havde kortere varighed (et antal timer i løbet af én dag) og havde karakter af oplæg/foredrag/temaaftener.

Kompetenceudvikling målrettet udvalgte professionelle forekom derimod både i de generelle og specifikke indsatser og havde i højere grad karakter af reelle uddannelsesforløb. Fire ud af ni kommuner gennemførte i den generelle indsats længerevarende uddannelsesforløb (4 - 7 dage) for udvalgte fagpersoner (primært eksterne samarbejdspartnere i forhold til projektet). I de specifikke indsatser foregik kompetenceudvikling for udvalgte personer både for interne og eksterne ift. projektorganisationen.

Vedrørende indholdet viser data, at kompetenceudviklingsaktiviteterne i de generelle indsatser ofte havde fokus på at uddanne fagpersoner til at varetage nye roller såsom sundhedsambassadører, sundhedsnøglepersoner eller sundhedspædagogiske medarbejdere i deres pågældende organisation/institution. I de specifikke indsatser

¹⁷ Der skal i den forbindelse påpeges to ting: (i) at der er varierende detaljeringsgrad fra kommune til kommune i forhold til, hvordan kompetenceudviklingen i projektet er beskrevet. Enkelte kommuner går ikke i dybden med beskrivelse heraf. (ii) Det er i denne evaluering ikke muligt at vurdere kvaliteten af kompetenceudviklingen.

¹⁸ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Se side 67.

havde kompetenceudviklingens indhold mere forskelligartet karakter og næsten alle projekter (i otte af ni kommuner) havde både fokus på indsatsens model og elementer af den, fx rekruttering (i tre ud af ni kommuner) eller kurser inden for diverse metoder, kost, fysisk aktivitet mv. Endelig var fokus også på projektledelse i enkelte kommuner (to ud af ni kommuner).

Kompetenceudviklingen på tværs af kommuner havde endvidere ofte partiel karakter (i syv ud af ni kommuner) og dermed fokus på opkvalificering af fagpersoner inden for delelementer/enkeltmetoder til brug i et indsatsforløb frem for en kompetenceudvikling i alle elementer af et fuldt program. Dette hænger sammen med, at tilrettelæggelsen af indsatser (jf. kapitel 5) for de fleste projekter bestod af en sammensat indsats frem for et fuldt udviklet og implementeret program. To kommuner havde et komplet programfokus (Vordingborg og Halsnæs).

Alle projektledere og flere kommunale nøglemedarbejdere i de specifikke indsatser deltog i Sundhedsstyrelsens kompetenceudvikling om forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn og unge.

Tabel 7.2 giver et overblik over den gennemførte kompetenceudvikling, dens omfang samt antallet af modtagere i de enkelte projekter.

Tabel 7.2: Type og omfang af kompetenceudvikling

Kommune	Kompetenceudvikling	Omfang	Antal modtagere
Favrskov	Uddannelse af sundhedsambassadører til dagtilbud, skoler og SFO, tandplejen og ungdomsskoler, kursus i den motiverende samtale for sundhedsplejersker, introduktion til Små Skridt metoden for nøglepersoner på børne- og ungeområdet, temaaftener for forældre og personale om mad og bevægelse.	Sundhedsambassadører: 7-dages modulopbygget uddannelse (4 mdr. med tre moduler á 2 dage og ét modul af 1 dag). Motiverende samtale: 1 dag. Små Skridt-metoden: <i>ikke angivet</i> .	Sundhedsambassadører: Dagpleje (6 pers); Daginstitutioner (42 pers); Skoler (19 pers); SFO (6 pers); Tandplejen (3 pers); Bibliotek (1 pers). Motiverende samtale: 17. Små Skridt-metoden: <i>ikke angivet</i> . Temaaftener: ca. 550 forældre/personale i alt for alle tema- aftener.
Faxe	Efteruddannelse af projektlederen og sundhedskonsulenterne, kursus i Du Bestemmer-metoden for fagpersoner, kompetenceudvikling af pædagoger og pædagogmedhjælpere i sundheds- pædagogik, kompetenceudvikling af sundhedsplejen som netværksfacilitator, efteruddannelse af motionsvejle- der i motivation og fit- ness/konditionsprogram, kompeten- ceudvikling i form af faglig sparring til trænerne på Trimkids + en træner fik en fitnessuddannelse, temadage for de pædagogiske sundhedsmedarbej- dere.	Projektledelse: 5 dage. Du Bestemmer-metoden: 3 dage. Pædagogiske sundhedsmedarbejde- re: 5 dages kursus. Sundhedsplejen som netværksfacili- tator: 1 dag. Fitnessinstruktør ud- dannelsen (DGI): 2 weekender. Kompetenceudvikling ift. Små Skridt- metoden: 6 dage. Trænerne på Trimkids + fitnessuddannelse: 2 weekender. Temadage: 1 dags va- righed. Kompetenceudvikling (at være tov- holder og mødeleder for netværk for pædagogiske sundhedsmedarbejde- re): 2 dage.	Projektledelse: 1 pers. Du-bestemmer-metoden: 12 pers. Pædagogiske sundhedsmedarb.: 60 pers. fra 29 daginstitutioner og SFO. Sundhedskonsulenter: 5 medar- bejdere; Familieteamet: 5 medarbejdere. Kompetenceudvikling ift. "små skridt" metoden: 2 personer. Kompetenceudvikling Trimkids- trænerne: 2 personer. Temadag om mad, måltider og bevægelse: 80 pers; Temadag om bevægelse: 22 pers. Kompetenceudvikling (at være tovholder og mødeleder for net- værk for pædagogiske sund- hedsmedarbejdere): 6 pers.
Glostrup	Kursus i motivation og psykologisk modstand, SST kursus, kompetence- udvikling af sundhedsplejersker sær- ligt med henblik på psykologisk til- gang og kognitiv adfærd, efteruddan- nelseskurser, SST kompetenceudvik- lingskursus for projektlederen, vi- densdeling og studieture til Halsnæs Kommune og England.	Kursus i motivation og psykologisk modstand: 1 hel dag og 2 x ½ dag. Studietur til England: 2 dage. Sundhedsstyrelsens kompetenceud- viklingskursus: 2 x 3 dage.	Ca. 10 fagpersoner har gennem- ført har gennemført kompeten- ceudvikling. men alle har ikke deltaget i alle kurser (ikke yder- ligere udspecificeret).

Kommune	Kompetenceudvikling	Omfang	Antal modtagere
Halsnæs	Kursus i den motiverende samtale for sundhedsplejersker, uddannelse af MEND instruktører, oplæg om kost på SFO'erne, oplæg for lærer om motion og i undervisningsmaterialer, oplæg for lærere og pædagoger om den sundhedsfremmende skole, videreuddannelse af sundhedsplejerskerne i overvægt.	Kursus i den motiverende samtale: 1 dag. Oplæg om sund mad, oplæg om motion samt oplæg den sundhedsfremmende skole: 1 dag. MEND-uddannelse: 4 dage. Videreuddannelse af sundhedsplejersker: 6 dage.	MEND instruktører: 6 personer (projektleder, projektkoordinator, en lærer, en sygeplejerske, en sundhedsplejerske og en med sundhedsvidenskabelig uddannelse). Den motiverende samtale: 14. Videreuddannelse af sundhedsplejersker: 2.
Norddjurs	SST kompetenceudviklingskursus, intern kompetenceudvikling af sundhedsnøglepersoner i institutioner og skoler.	Sundhedsstyrelsens kompetenceudvikling: 3 x 2-dages kursus. Uddannelsesdage for sundhedsnøglepersoner: 4 dage à 6 timers varighed.	Kompetenceudvikling af sundhedsnøglepersoner: 59.
Sorø	Kursus om fysisk aktivitet for pædagoger i institutioner og SFO'er, sundhedspædagogisk dag for alle lærere, SST kompetenceudviklingskursus for Trivselsteamet.	Bevægelse og fysisk aktivitet: 6 timer pr. person. Sundhedspædagogisk dag: 1 + 1 dag. SST-kursus: 5 dage.	Bevægelse og fysisk aktivitet: 83 fra SFO og 133 fra daginst. Sundhedspædagogisk dag: ca. 75 pers. SST-kursus: 5.
Syddjurs	Opkvalificering af lærere, pædagoger og dagplejetilsynsførende til at udarbejde politikker i skoler og institutioner, opkvalificering af sundhedsambassadører, kurser for projektmedarbejdere i børn og overvægt, opkvalificering af medarbejderne til at afholde samtaler om ændring af livsstilsvaner.	1 til 2 dage, 2 gange årligt (ikke yderligere specificeret).	50 personer er kompetenceudviklet (ikke yderligere specificeret).
Vordingborg	Instruktøruddannelse i FitKid for SFO-personalet, foredrag, instruktørkursus i kidsvolley samt kompetenceudviklende netværksmøder og supervision, introduktion til familievægtskonceptet og kursus i den løsningsfokuserede metode og i Små Skridt-metoden.	Fit Kid: Ca. 50 timer til hver SFO. Familievægtskolen: ca. 50 timer.	Fit Kid: 25 personer. Familievægtskolen: 7 personer.
Århus	Kompetenceudvikling i sidemandsop-læring, Faglige/tværfaglige læringsmiljøer og netværk, besøg på andre arbejdspladser, projektgruppearbejde, gruppeudviklingssamtaler, temadage, vidensdeling, evalueringer, konferencer.	<i>Ikke specificeret</i>	<i>Ikke specificeret</i>

7.3 Evaluering af og opfølgning på kompetenceudviklingen

Projektledernes vurdering af kompetenceudviklingen i projekterne var overordnet positiv i størstedelen af kommunerne, men der er ikke dokumentation for, at kompetenceudviklingen har ført til øgede kvalifikationer eller kompetencer for de personer, som har modtaget denne indsats (otte ud af de ni kommuner rapporterede ikke nogle målinger i forhold til effekten af den gennemførte kompetenceudvikling).

Det er en central forudsætning for vellykket kompetenceudvikling, at modtagerne (i) er i stand til at tilegne sig kvalifikationer og (ii) kan omsætte disse i deres faglige praksis (kompetencer).

I forbindelse med sundhedsfremmende indsatser peger implementeringsforskningen yderligere på, at løbende opfølgning/feedback forøger sandsynligheden for, at kompetencerne anvendes som intenderet i den sundhedsfaglige praksis.¹⁹

På tværs af projekternes evalueringsdata er der manglende data på disse forhold. Én kommune rapporterede at have gennemført en spørgeskemaundersøgelse i forhold til den selvvaluerede læring i et af deres kompetenceudviklingsforløb. I to kommuner har man gennemført kvalitative evalueringer af kompetenceudviklingen. Ingen kommuner har gennemført eksaminationer.

Kun én kommune, Vordingborg, hvor man implementerede en evidensbaseret metode, er der rapporteret om løbende supervisionsaktiviteter i forbindelse med den specifikke indsats.

7.4 Analyse og vurdering

På baggrund af analysen af kompetenceudviklingen i 2. udmøntningsprojekterne er det muligt at fremhæve flere opmærksomhedspunkter. Implementeringsforskningen viser endvidere, at tilegnelse af den viden, der vurderes som nødvendig i implementeringen af en konkrete indsats, helst skal (i) foregå via længerevarende uddannelse i indsatsen samt (ii) med løbende supervision, feedback og træning, så de tilegnede kompetencer omsættes i praksis og lever op til eventuelle metodiske forskrifter.

1. *Mange kompetenceudviklingsaktiviteter på tværs af kommuner.* På tværs af de kommunale projekter er det et positivt fund, at projekterne har gennemført betydelige aktiviteter for at udvikle de sundhedsfaglige kompetencer.
2. *Manglende opfølgning på ny erhvervede kompetencer.* På trods af at der i alle kommuner er brugt ressourcer på at opkvalificere medarbejdere (både

Citatboks 7.3

'Sundhedsplejerskerne udtrykte i et fokusgruppeinterview, at (...) kurset har givet dem en ny måde at forstå begrebet "modstand", og givet dem andre handlemuligheder i forhold til at støtte familierne i at have fokus på succesoplevelser og bruge dem til at komme videre.'

(Egenevaluering, Glostrup Kommune)

¹⁹ Fixsen, D. et al. (2005). Implementation Research. A Synthesis of the Literature, University of South Florida.

internt og eksternt af projektorganisationen), er der samtidig et omfattende manglende fokus på, hvorvidt kompetenceudviklingen reelt er lykkedes.

Overordnet formuleret kan kommunernes kompetenceudvikling siges at være præget af en "train and hope"-strategi, hvor der ikke systematisk følges op på uddannelsesforløbenes virkning, hvilket er uhensigtsmæssigt i forhold til at sikre, at der rent faktisk er sket læring hos de kompetenceudviklede – og at læringen anvendes i praksis.

Det er således Rambøll vurdering, at der har været for lidt fokus på, hvorvidt de tilsigtede kompetencer er blevet udviklet og anvendt i praksis. Dette understøttes yderligere af, at indsatserne kun i begrænset omfang har været kodificeret, hvorfor det i praksis har været svært at fastslå, hvad og hvordan kompetencerne kan anvendes.

8 Rekruttering, fastholdelse og opfølgning

8.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi på kommunernes strategier for rekruttering, fastholdelse og opfølgning²⁰. Der fokuseres herunder på følgende fem elementer:

- (i) *Identifikation*: Hermed forstås, hvordan målgruppen for en indsats blev identificeret, og hvorvidt der i projekterne opstilledes klare inklusionskriterier i forhold til denne.
- (ii) *Rekruttering*: Hermed forstås, hvordan rekrutteringen af målgruppen blev grebet an.
- (iii) *Visitation*: Hermed forstås, hvorvidt der gennemførtes visitation af målgruppen.
- (iv) *Fastholdelse*: Hermed forstås, hvorvidt der gennemførtes aktiviteter i løbet af indsatsen for at sikre fastholdelse (og dermed reducere frafaldsraten) af deltagere.
- (v) *Opfølgning*: Hermed forstås, hvorvidt der er efter endt indsats gennemførtes opfølgning på deltagerne.

Under hvert afsnit identificeres fremherskende modeller/strategier på tværs af kommuner. Projekternes egen vurdering inden for de enkelte elementer beskrives også under hvert afsnit. Endelig belyses frafald på tværs af projekter. For yderligere beskrivelse af de enkelte projekter henvises til bilag 4.

8.2 Identifikation

Alle projekter opstillede i udgangspunktet kriterier for identifikation af potentielle deltagere. Det varierede derimod i praksis, hvor stringent projekterne fulgte disse i den videre proces.

Der kan skelnes mellem (i) henvisningskriterier og (ii) visitationskriterier, som i flere projekter er enslydende/overlappende, men hvor nærværende analyse betragter henvisningskriterier som mere uspecifikke og mere omgængelige i praksis end visitationskriterier, idet data viser, at henvisning (og brugen af henvisningskriterier) i praksis flere steder var mere flydende og baseret på subjektive vurderinger blandt de henvisende fagfolk. Derimod var visitationen i højere grad baseret på objektive målinger.

Identifikationen skete for disse kriterier i alle projekter med udgangspunkt i alder og overvægt hos målgruppen (se bilag 4). Enkelte projekter fremhævede i egenevalueringen, at det var en udfordring at definere præcist, hvornår et barn er overvægtigt, idet der findes forskellige måder at opgøre dette på²¹. Nogle projekter supple-

²⁰ I dette afsnit er det primært de specifikke indsatser, som er i fokus.

²¹ Valget har endvidere konsekvenser for resultatopgørelsen og sammenligningsmulighederne med andre opgørelser over forekomsten af overvægt hos børn.

rede endvidere overvægtskriteriet med andre (og mere subjektive) kriterier såsom risiko for overvægt/forældres overvægt, motoriske svagheder, motivation mv.

Data tydeliggør ikke fuldt ud, hvorvidt det for alle kommuner lykkedes at identificere (og rekruttere) den tiltænkte målgruppe. Enkelte projekter fremhæver dog, at de opstillede kriterier i en vis udstrækning blev udfordret af rekrutteringen til nogle delprojekter (hvor færre end planlagt blev rekrutteret). I sådanne tilfælde blev deltagere, som lå i gråzonen ift. målgruppen, i højere grad inddraget.

8.3 Rekruttering

Inden for rekruttering af målgruppen kan der identificeres to overordnede velfungerende modeller: (i) sundhedsplejersker som primær rekrutteringsvej eller (ii) bred markedsføring blandt (sundheds)professionelle som primær rekrutteringsvej. Endelig anvendtes også (iii) almen praksis som primær rekrutteringsvej.

Fælles for de første modeller er, at de fleste projekter ikke udelukkende havde et enstrengt fokus, men derimod også brugte andre rekrutteringskanaler end den primære. Således var den første strategi ofte suppleret med bredere markedsføring også. Omvendt involverede den anden model også henvisning via professionelle. Andre professionelle, såsom SFO-personale, lærere og pædagoger, var også ofte involverede og spillede en væsentlig rolle.

Størstedelen af projekterne anvendte sundhedsplejersker som rekrutteringsvej (syv ud af ni kommuner), og de fleste projektledere fremhæver denne kanal som den mest oplagte. To kommuner anvendte primært bred markedsføring og havde således primært familier, som selv henvendte sig til indsatsen.

I udgangspunktet var ambitionen for flere projekter også at involvere almen praksis. De alment praktiserende læger fremhæves af flere projektledere som en relevant primær henviser til indsatser, i de tilfælde hvor der var tale om aldersgrupper, som sundhedsplejen ikke naturligt var i kontakt med.

I praksis lykkedes ingen af projekterne med at få almen praksis involveret tilfredsstillende. Dette var resultatet, på trods af at flere brugte mange ressourcer herpå.

Fordelen ved den brede markedsføring som rekrutteringsvej fremhævedes af flere projekter at være, at deltagerne var motiverede for livsstilsændringer, i og med de selv tilmeldte sig projektet. Endvidere undgik man stigmatisering, ved at det foregik frivilligt. Ulemper var derimod, at tilslutningen til tider var begrænset, og metoden ikke nødvendigvis fangede de "tungeste" i målgruppen, som ikke var motiverede af sig selv.

Citatboks 8.3

'Børnene er rekrutteret i et samarbejde mellem klasselæreren/idrætslæreren og sundhedsplejersken med udgangspunkt i et fagligt skøn og objektive fund vedr. børnenes BMI. (...)Metoden har alt andet lige "fanget" nogle børn, hvor forældrene ikke af egen drift ville have tilmeldt deres barn til projektet.'

(Egenevaluering af Laurjerg projektet for overvægtige skolebørn 6-10 år, Favrskov Kommune).

'Mødrene er motiverede, når de selv melder sig til projektet på baggrund af annoncering i lokalavis. Positiv omtale af projektet blev spredt mødre imellem.'

(Egenevaluering Hammelprojektet for mødre med overvægt, Favrskov Kommune).

Dette fremhævedes i stedet at være fordelene ved brugen af sundhedsplejersker. Ved at have sundhedsplejersker til at rekruttere og foreslå en indsats, rekrutteredes børn, hvor forældrene ikke af egen drift ellers havde tilmeldt dem.

Ulempen var dog risiko for modstand fra forældre, som følte sig krænkede over indblanding fra kommunen. Generelt fremhævedes sundhedsplejersker dog netop som den faggruppe, som er bedst til at kunne tage ”den svære samtale” med forældrene.

8.4 Visitation

På tværs af kommunerne ses det, at størstedelen enten helt eller delvist opererede med visitationsindsatser (se bilag 4). Som nævnt under identifikationsafsnittet tog projektet oftest udgangspunkt i kriterier med udgangspunkt i overvægt hos målgruppen.

Der kan overordnet set skelnes mellem to visitationsmodeller: (i) Visitation til specifik indsats med visitationssamtale eller (ii) visitation til indsats uden visitationssamtale.

Tre af projekterne anvendte visitationssamtaler til den specifikke indsats. De resterende kommunale projekter visiterede efter en model uden visitationssamtaler. Visitation foregik her i form af udvælgelse på baggrund af viden om BMI og efterfølgende kontakt til familierne.

For visitationssamtalemodellen var der typisk en fastlagt procedure for visitationsforløbet, og i flere projekter blev der indgået formelle kontrakter mellem projektet og deltagerne, som forpligtede dem i forløbet. Et projekt fremhævede, at der både var fordele og ulemper ved denne model, idet der typisk var flere trin i processen, som i princippet hver gang betød risiko for frafald. Omvendt kunne det også motivere nogle, der ellers ikke havde tilmeldt sig.

8.5 Fastholdelse

Ingen projekter havde en formel fastholdelsesstrategi beskrevet. Imidlertid kan der skelnes mellem to typer af fastholdelsesaktiviteter: (i) Formelle/direkte fastholdelsesaktiviteter eller (ii) uformelle/indirekte fastholdelsesaktiviteter.

Forsøg på fastholdelse af deltagere varierede meget fra indsats til indsats, også internt i kommunen, og afhængigt af hvilken specifik (og i enkelte tilfælde generel) indsats der var tale om. Flere projektledere udtrykte, at det var svært at fastholde deltagerne i forløbet.

På tværs af projekterne var det typisk uformelle fastholdelsesaktiviteter, som blev anvendt. Én kommune havde i et delprojekt ingen fastholdelsesstrategi, på trods af at de rent faktisk gerne ville. Dette var for at være tro over for den evidensbaserede metode, de implementerede.

Flere projekter understregede endvidere, hvorledes fokus på at motivere deltagerne samt åbenhed og anerkendelse indlejret i den metode, som indsatserne benyttede sig af, havde betydning for fastholdelsen af deltagerne. Andre uformelle aktiviteter var eksempelvis ad hoc opfølgning på deltagere ved manglende deltagelse.

8.5.1 Frafald

Projekternes rapportering af frafald illustrerer et forskelligartet (og ufuldstændigt) billede.

Tabel 8.5.1: Frafald i den specifikke indsats²³

Kommune	Frafald i den specifikke indsats ²²	Visitationsmodel
Favrskov	Delprojekt 1: 6 % Delprojekt 2: 46 % Delprojekt 3: Ikke angivet	Delvis (ii)
Faxe	Ikke angivet	Delvis (ii)
Glostrup	Ikke angivet	(i)
Halsnæs	MEND: 5 % (ved 3 mdr. forløb) 43 % (ved 12 mdr. forløb)	(i)
Norddjurs	Ikke angivet	(i)
Sorø	Ikke angivet	Ingen
Syddjurs	Familieteam: 21 % Startspringet: ikke angivet	(ii)
Vordingborg	Familievægtskolen: 37,5 % FitKid: ca. 28 %	(ii)
Århus	Ikke angivet	Ja, men model ikke specificeret

Som det ses af tabel 8.5.1, er frafald ikke rapporteret for en lang række af de specifikke indsatser. Der er yderligere stor variation i frafaldet 5-46 %.

Projekterne rapporterede, at årsager til frafald bl.a. skyldtes:

Socioøkonomiske karakteristika. Flere kommuner fremhævede et socialt skel i fastholdelsen. Der var størst frafald i familier med få ressourcer i forhold til mere ressourcestærke familier.

Kontekstuelle faktorer. *Konteksten for indsatsen* har i flere tilfælde også gjort det svært at fastholde børnene til holdaktiviteter på grund af eksempelvis stor geografisk afstand (Syddjurs m.fl.)

²² OBS: Denne opgørelse er tilpasset, så tabellen rapporterer frafald. I nogle projekter er opgørelsen af frafald opgjort i personer og ikke %, og fx rapporterede Halsnæs ikke direkte frafald, men derimod % gennemførte (tabellen medtager derfor differencen som % frafald).

²³ På tværs af projekter er det i flere tilfælde ikke tydeliggjort, hvordan frafald behandles i opgørelsen af resultater. Resultaterne er dog flere steder opgjort ud fra deltagere med både start- og slutmålinger, og de frafaldne indgår dermed ikke i den måde, effekten er opgjort på.

8.6 Opfølgning

Der var meget begrænset opfølgning på deltagere på tværs af projekter, og derfor er den primære skelnen mellem projekter her, hvorvidt de havde fokus herpå eller ej.

To kommuner havde systematiseret opfølgning efter projektets afslutning. Opfølgningen havde dog kun i én af disse kommuner fokus på kvantitative målinger af virkningen af indsatsen. Tre andre kommunale projekter havde mindre omfattende opfølgning i form af tilbud om opfølgningssamtale eller telefonsamtale efter afsluttede forløb i nogle delprojekter. Fire kommunale projekter havde ingen opfølgning (se bilag 4).

På trods af den manglende opfølgning fremhævede en projektleder vigtigheden af at gøre dette fremover. Her var erfaringen, at flere deltagende familier ønskede mere opfølgning efter projektets afslutning, dels for at fastholde de allerede opnåede ændringer, dels for at kunne foretage flere og nye ændringer på sigt.

Citatboks 8.6

'Halsnæs Kommune har udover det standardiserede 3 måneders MEND-forløb tilbudt børn og deres familier opfølgning

hver 6. uge indtil 12 måneder efter starttidspunktet(...) Udfordringerne har dog været (...), at få børn og deres forældre til at møde op ved 6. mdr. og 12. mdr. vejning.

Hvis folk ikke kom, har man taget individuel kontakt.(...)Man har lykkedes i opfølgningen med de mest ressourcestærke – på hold med meget ressourcessvage var det sværere med opfølgningen.

(Projektleder, Halsnæs Kommune)

8.7 Analyse og vurdering

Den tværgående analyse peger på en række opmærksomhedspunkter i forhold til de praksisser, som projekterne har anvendt i rekruttering, fastholdelse og opfølgning:

1. *Henvi sning og visitation* fulgte ofte mere eller mindre specificerede kriterier – det varierede dog på tværs, hvor stringent projekterne har fulgt disse i praksis. Ved ikke at benytte de opstillede kriterier, øges risikoen for fejlhenvi sning og manglende identifikation af de mest behandlingskrævende i målgruppen. Det varierede på tværs af delprojekter i de forskellige kommuner, hvorvidt det var mere eller mindre let for projekterne at identificere og rekruttere den oprindeligt tiltænkte målgruppe.
2. *Rekruttering via sundhedsplejen og markedsføring* er begge succesfulde rekrutteringsmodeller. Generelt anbefales en bred og alsidig rekrutteringsstrategi med flere kommunikationsveje. Det er dog samtidig vigtigt at holde målet med sin rekruttering for øje. Sundhedsplejen er en oplagt rekrutteringskanal i forhold til at sikre en mindre motiveret målgruppe – denne faggruppe er mindre essentiel, såfremt man anerkender først til mølleprincippet som præmis for deltagelse, hvor bred markedsføring også fungerer godt.
3. *Manglende formaliseret fokus på fastholdelse og opfølgning*. Der har generelt været størst fokus på målgruppen ved indgangen til projektet, og således på de første tre faser gennemgået i dette kapitel. Således er formelle fastholdelses- og opfølgningsaktiviteter generelt nedprioriteret i projekterne. Opfølgning er et væsentligt aspekt i forhold at sikre viden om en varig virkning af indsatsen, og der bør være mere fokus på disse faser fremover.

9 Målsætninger og resultater

9.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi på projekternes målsætninger og resultater²⁴. I forhold til målsætninger analyseres, hvilke typer målsætninger projekterne har opstillet, dvs. hvorvidt de relaterer sig til effekter af indsatsen og/eller til processen. Endelig vurderer vi, hvorvidt målsætningerne er konkrete nok til at være styrende for indsatsen.

Efterfølgende ser vi på de kommunale projekters effekt. Det vil sige, hvorvidt projekternes egne evalueringer dokumenterede ændringer hos målgruppen. Vi fokuserer yderligere på, hvilken type evalueringsdesign, og hvilke effektindikatorer der blev anvendt.

9.2 Målsætninger

Der har fra Sundhedsstyrelsen side ikke været formelle krav til, hvordan målsætningerne skulle udformes.

Der kan i projekternes målsætninger skelnes mellem forskellige typer af målsætninger, der fokuserer på (i) effekt eller (ii) proces.

Med *effekt* forstås, hvorvidt der i projektet er opstillet målsætninger om at dokumentere effekter af indsatserne. Herunder medtages følgende tre kategorier af effektmålsætninger:

- *Effekt på langt sigt*: Mål for overvægt/fedme. Fx BMI, taljemål mv.
- *Effekt på mellemlangt sigt*: Mål for børnenes adfærd og/eller kognitive eller psykologiske tilstande hos børnene. Fx øget fysisk aktivitet, sundere kost, øget viden om kost/fysisk aktivitet, øget trivsel, øget self-efficacy, ændret stage of change mv.
- *Effekt på kort sigt*: Mål for effekt hos andre aktører end børnene eller på strukturelle faktorer. Fx øgede kompetencer hos professionelle, øget udbud af frugt og grønt i skolekantine osv.

Med *proces* forstås, hvorvidt der i projektet er opstillet målsætninger om mere processuelle forhold, herunder følgende to typer:

- *Outputmål*, dvs. at projektet har leveret planlagte ydelser/produkter til den planlagte tid, mv.
- *Mål for kvalitet*, dvs. om indsatsen har været leveret i forhold til definerede standarder (fidelitet)

²⁴ Denne evaluering indeholder ikke en egentlig vurdering og sammenligning af projekternes målopfyldelsesgrad. For det første har projekterne generelt ikke opstillet præcise målsætninger, og for det andet har kommunerne selv defineret succeskriterierne, hvorfor deres målopfyldelse ikke er direkte sammenlignelig.

- *Mål for proces/organisering*, dvs. at projektet har været hensigtsmæssigt organiseret, har formået at rekruttere sin målgruppe og har etableret en velfungerende henvisningsstruktur mv.

De specifikke målsætninger som er vurderet, er opstillet i en tabel i bilag 2.

Nedenstående tabel viser, hvorvidt de kommunale projekter har haft målsætninger vedrørende effekt og proces. Desuden fremgår en vurdering af, hvorvidt der er tale om målsætninger, der lever op til de såkaldte SMART-kriterier (Specifikke, Målbare, Accepterede, Realistiske og Tidsbestemte), som anvendes bredt i proces- og strategi-sammenhænge. SMART kan anvendes til at fastslå, hvorvidt projekterne har haft *præcise* succeskriterier for deres indsats.

Tabel 9.2: Oversigt over projekternes målsætninger

Kommuner	Proces-målsætninger			Effekt-målsætninger		
	Generel indsats	Specifik indsats	SMART sikret	Generel indsats	Specifik indsats	SMART sikret
Favrskov	Ja	Nej	NEJ	Nej	Ja	JA (S*)
Faxe	Ja	Ja	NEJ	Ja	Ja	JA (G*)/ NEJ (S)
Glostrup	Ja	Ja	JA	Ja	Ja	NEJ
Halsnæs	Ja	Ja	JA (G)/ NEJ (S)	Ja	Ja	NEJ (G)/ JA (S)
Norddjurs	Ja	Ja	NEJ	Nej	Ja	NEJ
Sorø	Ja	Ja	NEJ	Nej	Ja	NEJ
Syddjurs	Nej	Nej	NEJ	Ja	Ja	NEJ
Vordingborg	Ja	Ja	NEJ (G)/ JA (S)	Nej	Ja	JA
Århus	Ja	Ja	NEJ	Ja	Ja	NEJ

*) (G) = generel, (S) = specifik

Som det ses af tabellen har næsten alle kommuner opstillet procesmålsætninger for både den generelle og den specifikke indsats. Alle projekter har opstillet målsætninger om effekt for den specifikke indsats. Ca. halvdelen af kommunerne har effekt målsætninger for den generelle indsats. Disse har typisk fokus på kognitive mål som øget viden og kompetencer – ofte hos de professionelle (og disse opgøres sjældent kvantitativt).

Langt størstedelen af både proces- og effekt-målsætninger lever ikke op til SMART kriterierne (se eksempler på målsætninger i boks 9.2).

Boks 9.2. Eksempler på målsætninger

SMART

Forventede kliniske mål for børn som deltager i MEND: En gennemsnitlig reduktion på ca. 2 cm i barnets taljemål (i projektperioden).

Ej SMART

At støtte familien i at udvikle deres handlekompetence til vedvarende livsstilsændringer og fungere som sparringspartner for familierne.

9.3 Projekternes resultater

I ovenstående belyste vi, hvilke målsætninger projekterne havde. I dette afsnit ser vi nærmere på de resultater, projekterne har skabt.

Kommunerne var ikke forpligtede til at anvende samme type måleinstrumenter, dvs. indikatorer og metoder til vurdering af indsatsernes resultater mht. indsats og effekt. Derfor er det kun i begrænset omfang muligt direkte at sammenligne projekternes resultater.

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

Tabel 9.3: Oversigt over måleinstrumenter, data samt design

Kommune*	Indikator	Baseline angivet	Endline angivet	Evalueringsdesign
Favrskov	Effekten af den specifikke del opgøres via BMI-måling ved start og slut. Kvalitativ opfølgning vedr. fys.akt, kostvaner og trivsel.	Ja	Ja	Før-eftermåling.
Faxe	Fysisk aktivitetsniveau, kostvaner og trivsel opgøres via spørgeskemaer og kvalitative interview. Endvidere opgøres hand- lekompetence kvalitativt.	Delvist	Ja	Kun eftermåling (enkelte delprojekter med før- og eftermåling).
Glostrup	BMI, barnets sundhedsadfærd (kostvaner, fysisk aktivitet og søvn) og sociale forhold (familiens nationalitet, familietype, udnannelsesniveau)i familien målt via spørgeskemaer udfyldt af barnets forældre.	Ja (generel indsats)	Ja (generel indsats)	Før-eftermåling
Halsnæs	BMI, taljemål, konditionstest. For det enkelte barn vil der være dataindsamling ved 0, 3, 6 og 12 måneder. Fysisk aktivitet og kostvaner - spørgeskemaer udfyldes af børn og deres familier ved 0, 3, 6 og 12 måneder. Forældre udfylder endvidere et spørgeskema om barnets trivels ved 0, 3, 6 og 12 måneder. Desuden udfylder barnet et skema om selvopfattelse ved 0, 3, 6 og 12 måneder, disse svar indgår dog ikke i resultaterne.	Ja	Ja	Før-eftermåling.
Norddjurs	BMI. Fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, trivsel (Spørgeskema ved start og slut). Selvopfattelse (fokusgruppe).	Ja	Ja	Før-eftermåling.
Sorø	Effekt opgøres ikke af den generelle eller specifikke indsats (kvantitativt målt ved før-eftermåling).	Nej	Nej	Kvalitativt evalueringsdesign.
Syddjurs	BMI, taljemål (kvantitativt), kostvaner, trivsel og selvopfattelse (kvalitativt).	Ja	Ja	Før-eftermåling (for nogle delprojekter).

Århus	BMI, kostvaner, fysisk aktivitetsniveau, familie-socialgruppe, etnisk baggrund. Quality of Life og fastholdelse (Mobile Fitness).	(Ja)	(Ja)	Før-eftermåling (for nogle delprojekter, men data ikke tilgængelige for tværgående evaluering).
Vordingborg	BMI, konditest, fysisk aktivitetsniveau, fedtprocent, muskelmasse og taljemål (måling). Trivsel, fysisk aktivitet, kostvaner (spørgeskema).	Ja	Ja	Før-eftermåling og kontrolleret design (for et af delprojekterne).

Af tabellen fremgår det, at alle projekter, med undtagelse af Sorø, i et eller andet omfang søgte at måle på udviklingen i Body Mass Index (BMI) og således har haft fokus på den langsigtede effekt af indsatsen.

Desuden søgte en del kommunale indsatser også at måle flere mellemliggende aspekter af børne- og ungdomsovervægt, såsom fysisk aktivitetsniveau, kostvaner, trivsel mv.

Der var kun i mindre grad et kvantitativt fokus på at dokumentere umiddelbare effekter som viden- og holdningsændringer. Flere kommuner gennemførte kun kvantitative målinger i nogle af deres delprojekter, og dette foregik primært inden for de specifikke indsatser.

Som det fremgår af tabel 9.3.1 dokumenterede flere kommuner en positiv udvikling i deltagernes BMI. Endvidere dokumenterede flere kommuner en positiv udvikling på andre udfaldsmål (såsom øget fysisk aktivitetsniveau mv.), som ikke indgår i tabellen.

Tabel 9.3.1: Resultater for effektmål (effekt på langt sigt)

Kommune	Resultater for effektmål (effekt på langt sigt) ²⁵
Favrskov	Delprojekt 2. Antal børn: 13. Resultat: 54 % børn med reduktion i BMI, 15 % børn med stabilisering. Delprojekt 3. Antal børn - Målgruppe 1: 16. Antal børn - Målgruppe 2: 2. Resultat - Målgruppe 1: 75 % af børnene med forhøjet BMI eller risiko for begyndende overvægt blev stabiliseret (56 %) eller faldt i vægt (19 %). Resultat - Målgruppe 2: 50 % af børnene blev stabiliseret (0 %) eller faldt i vægt (50 %).
Faxe	Ingen effekter på langt sigt opgjort.
Glostrup	Antal børn: 4. Resultat: 3 ud af de 4 børn, som var svært overvægtige i 0. klasse, var stadig svært overvægtige i 1. klasse. Hvis man betragter de aldersstandardiserede z-scores, har to af børnene dog tabt sig og blevet mindre overvægtige, mens to af børnene har taget på og blevet mere overvægtige.
Halsnæs	Antal børn: 26. Resultat: Børnenes BMI blev reduceret med 1,0 enhed 3 måneder efter baseline og med yderligere 1,7 enhed efter 12 måneder. Ved BMI z-score, hvor der tages for højde barnets naturlige forøgelse i BMI, var BMI reduceret til 0,2 enhed efter 3 måneder og yderligere reduceret til 0,48 efter 12 måneder.
Norddjurs	Antal børn: 40. Resultat: Deltagernes gennemsnitlige BMI-percentil var ved start i projektet på 94, hvor 6 overvægtige børn lå under 90-percentilen. 19 børn faldt i BMI-percentil, 4 var uændret, mens 17 var steget i BMI-percentil. Deltagernes gennemsnitlige BMI-percentil var ved slut 93,2, og 8 børn lå under 90-percentilen. Ændring i BMI-percentil var dermed gennemsnitlig -0,8.
Sorø	Projektet rapporterer ikke kvantitative resultater for den specifikke indsats.
Syddjurs	Projekt 2. Antal børn: 37. Resultat: Den gennemsnitlige BMI for børnene ved første måling var på 21,2, mens den gennemsnitlige BMI var på 21,4 ved anden måling. Den lille stigning på 0,15 i børnenes BMI er dog ikke signifikant. Børnenes taljemål var ved start i gennemsnit 74,5 cm, mens det efter projektets slut var på 75,5 cm i gennemsnit. Børnenes taljemål er hermed i snit vokset med 1 cm under projektperioden, stigningen er dog ikke signifikant. Det er desuden forventeligt at børn i denne aldersgruppe vokser omkring 3 cm i taljemål om året. Projekt 3. Antal børn: 16. Resultat: Den gennemsnitlige BMI for børnenes første måling var på 24,3, mens den gennemsnitlige BMI for anden måling var på 24,5. Den lille stigning i BMI er dog ikke signifikant.
Århus	Projektet rapporterer om ændringer, men der er ikke oplyst kvantitative resultater.
Vordingborg	FitKid. Antal børn: Ikke oplyst. Resultater: 33 % af deltagerne på interventionsskolerne har fået reduceret deres fedtprocent imod kun 14 % på kontrolskolerne. Familievægtskolen. Antal børn: 25. Resultater: 68 % af deltagerne har faldende eller uændret BMI, 36 % har faldende eller uændret vægt, 88 % har faldende eller uændret fedtprocent og 40 % har faldende eller uændret taljemål.

Datamaterialet inden for effektmåling er overordnet præget af få observationer og deskriptiv statistik (enkelte projekter har gennemførte statistiske analyser med kon-

²⁵ Denne tabel indeholder kun resultater inden for effekt på langt sigt. Dette fordi de fleste projekter har opgjort dette. Langt de fleste kommuner har andre resultater inden for mellemlangt og kort sigt, som således ikke rapporteres her, da opgørelserne heraf på tværs af projekter er mere varierende fra kommune til kommune.

trol for andre variable, men kun et delprojekt anvender et kontrolleret design med mulighed for at sammenligne resultater med kontrolgruppe). På tværs af kommunerne hviler analysen af effektdata således på et evidens niveau, hvor det kun i et vist omfang er muligt at vurdere, hvorvidt projekternes indsatser har ændret på deltagernes BMI.

Endvidere er det et generelt fund, at det primært er inden for de specifikke indsatser, at der har været fokus på effektmåling. Otte ud af ni projekter havde primært en processuel evaluering af deres generelle indsats i deres egen-evaluering. Et enkelt projekt gennemførte analyser og målinger i forbindelse med den generelle indsats (en kortlægning af sundhedstilstanden blandt børnene i kommunen), men understregede, at det ikke var muligt derudfra at udtale sig om en egentlig effekt af den generelle indsats. Dette kan dels skyldes disse indsatsers langsigtede natur og dels det valgte evalueringsdesign.

9.4 Analyse og vurdering

På baggrund af analyse af ovenstående fund vedr. projekternes målsætninger og resultater er det muligt at fremhæve følgende fund:

- *Få præcise målsætninger.* En gennemgang af projekternes målsætninger viser, at der var betydelig forskel på projekternes præcision i forhold til at præcisere de effekter som skulle komme ud af hhv. den generelle og specifikke indsats. Endvidere levede målsætningerne i overvejende grad ikke op til SMART-kriterierne (dvs. specifikke, målbare, accepterede, realistiske og tidsbestemte).
- *Begrænset mulighed for at vurdere effekt.* Tidspunktet for evalueringen samt evalueringernes sigte og design har haft betydning for at kunne dokumentere projekternes effekter i relation til både umiddelbare, mellemliggende og langsigtede virkninger. Evalueringer fra flere projekter dokumenterer en positiv udvikling i deltagernes sundhed vha. før- og eftermålinger. Det er primært den specifikke indsats, der er dokumenteret i forhold til effekt.
- *Ikke fokus på effektopgørelse af generelle indsatser.* Dette fraværende fokus kan skyldes flere forhold: Dels var de generelle indsatser typisk målrettet en bredere målgruppe med mere lav-intensive interventioner. Dels var der ofte tale om strukturelle ændringer, som rammer de kommunale organisatoriske strukturer og professionelle først, og som tager tid at forplante sig ned gennem systemet. Således opnås potentielle effekter hos den endelige målgruppe - børnene og de unge - først efter længere tid. Sådanne indsatser er endvidere meget komplekse at måle effekt af, idet ”dosen af indsats”, set i forhold til øvrige sociale og kontekstuelle påvirkninger udenom indsatsen, gør kontrollen for andre indflydelsesrige variable yderst besværlig. Ved ikke at forholde sig til effekt af de generelle indsatser undgår kommunerne dermed de mange metodiske udfordringer, som ellers ville ligge heri.

Det er Rambølls vurdering, at projekternes fokus kunne være styrket yderligere, såfremt der havde været opstillet klare målsætninger for især projekternes effekt. Dette gælder såvel den generelle som den specifikke del.

Projekternes målgrupper for den specifikke indsats varierer. Ligeledes har det været op til den enkelte kommune at vælge såvel evalueringsdesign og måleinstrumenter, hvorfor sammenligning på tværs af kommunerne er vanskelig.

Bilag 1: Styregruppens sammensætning

Styregrup- pens sam- mensætning	Favrskov	Faxe	Glostrup	Halsnæs	Norddjurs	Sorø	Syddjurs	Vordingborg	Århus
Politisk ni- veau	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Direktør niveau	-	Direktør for Børn, Familie og Uddannelse	-	-	-	-	-	Social-, Sund- heds- og ar- bejdsmarkeds- direktør	-
Afdelings- niveau	Sundhedschef, Dagtilbudschef, Skolechef	Sundhedschef, dagtilbudschef, leder af sund- hedsplejen	Sundhedschef, Socialchef	Sundhedschef, Skolechef, Le- der af sund- heds-tjenesten og leder af sundheds- service	Børne- og fa- miliechef, Le- der af Sund- heds- afdelingen	Sundhedschef, Fagcenterchef (Børn og Unge- afd.), Sund- heds- centerleder, Ledende sund- heds-plejerske	Sundheds- og ældrechef, Le- der af sund- hedsteam, le- der af sund- heds-pleje	Fagsekreta- riatschef, Børn og Kultur, Fag- chef for Pæda- gogik, Sund- hedscenterle- der	Videnscenter- chef (Pædago- gisk Udvikling), Videnscenter- chef (Sundhed og Trivsel) (Børne-unge Magistratet)
Projektleder	Ja	Ja	Ja	Ja	-	-	Ja	Ja	Ja
Øvrige pro- jektmedlem- mer	-	-	-	Inddrages ad hoc	-	-	Børneunge- læge Ad hoc indkaldt relevante pro- jektmedarb.	Sundhedsple- jerske	<i>Flere styre- grupper under de enkelte del- projekter</i>
Samarbejds- partnere	Praksiskonsu- lent	-	-	-	-	-	Medarb. fra In- stitut for Folke- sundhed	-	-

Bilag 2: Projekternes målsætninger

I de nedenstående tabeller angives projekternes målsætninger opdelt i hhv. effekt, output og procesmål. Så vidt muligt er det projekternes mål/delmål (niveauerne under formål), der er taget udgangspunkt i. Det varierer fra projekt til projekt, hvorledes disse betegnes. Kommuner med meget omfangsrige mål/delmål og succeskriterier er angivet med *. For disse kommuner medtages samtlige succeskriterier ikke i tabellen, men disse er fortsat gennemgået og vurderet i forhold til SMART. Århus Kommunes målsætninger står grundet deres mange delprojekter ikke integreret i nedenstående tabel, men har to separate tabeller sidst i bilaget.

Kommune (indsats)	Effekt mål			Outputmål	Mål for proces/ organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
Favrskov*	Delprojekt 2(S): at stabilisere børnenes vægt Delprojekt 3(S): at stabilisere børnenes vægt	Delprojekt 1(S): - at styrke nybagte mødres lyst til samvær, leg og bevægelse med deres børn og derigennem understøtte en positiv tilknytning mellem mor og barn - at understøtte nybagte mødres handlekompetence i relation til at "turde være forældre" og skabe rammer for sunde måltider i familien Delprojekt 2(S): at børnene får positive og lærerige oplevelser med bevægelse og sund mad Delprojekt 3(S): at børnene får styrket lysten til at melde sig til og/eller fortsætte med anden idræt og få deres gang i den lokale idrætsforening eller en aktiv fritid i øvrigt			Generel del: - at etablere organisatoriske strukturer vedr. sundhedsfremme og forebyggelse på dagtilbuds- og skoleområdet - at kompetenceudvikle nøglepersoner i sundhedsfremme og forebyggelse på børn- og ungeområdet - at monitorere vægt og højde hos børn og unge - at styrke samspil og/eller partnerskaber om sundhed for børn og unge mellem relevante aktører - at forældre og personale i dagtilbud og skoler får mulighed for at få viden om vigtigheden af bevægelse og sund mad for børn og unge
Faxe*	Trimkids & Mad, motion og sundhedscoaching (S): At børnene på kort eller længere sigt normaliserer deres BMI (formål) (IKKE REEL MÅL)	Familieteamet(S): At familierne har fået en øget handlekompetence, som viser sig ved, at en forandringsproces er påbegyndt, vurderet ud fra: - familierne selvrapporterer en øget viden om overvægt og dens konsekvenser, mad, måltider og bevægelse	Familieteamet(S): Vejlederne tilkendegiver, at Du bestemmer-kurset og de tværfaglige teammøder øgede deres kompetencer i forhold til at arbejde kvalificeret med adfærdsskiftninger blandt familier med overvægtige børn.	Familieteamet(S): At tilbuddet har eksisteret i perioden november 2008 – september 2010. Livsstilsbesøg (G): At alle familier med 3½-årige børn har fået tilbudt et livsstilsbesøg i	Familieteamet (S): At der har været tilstrækkeligt med familier, som har taget imod tilbuddet om vejledning. At de familier som tilbydes den tværfaglige vejledning reelt har et behov for et tværfagligt forløb, fordi årsagerne til over-

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
		se. - familierne selvrapporterer ændringer i mad-, måltids- og bevægelsesvaner - der måles ændringer i graden af overvægt hos børn og/eller forældre - familierne selvrapporterer, at de arbejder hen imod mål, som de selv har sat sig - familierne selvrapporterer en øget selvindsigt i forhold til sammenhængen mellem overvægt og de vanskeligheder familierne og/eller børnene er kommet i socialt og/eller følelsesmæssigt Livsstilsbesøg (G): At 70 % oplyser, at samtalen har sat en refleksionsproces i gang i forhold til mad-, måltids- og bevægelsesvaner. At 40 % tager stilling til, om de ønsker at forandre mad- måltids- og bevægelsesvaner dvs. at familien reelt har en intention om at handle og er motiverede herfor. At 20 % oplyser, at de handler på deres mål. Mad, motion og sundhedsscoaching (S): Før og efter – undersøgelse af de unges livsstil og trivsel skulle vise en positiv ændring i vaner og/eller trivsel. TrimKids (S): At de deltagende børn får et større	Vejlederne tilkendegiver, at de føler sig fagligt klædt på til opgaven med at udføre vejledningen. Vejlederne tilkendegiver, at der blev arbejdet tværfagligt med familierne. Livsstilsbesøg (G): At sundhedskonsulenterne får udviklet deres kompetencer på Du bestemmer-kurset, og at alle føler sig fagligt klædt på til opgaven med at udføre besøgene.	perioden december 2008 – september 2010. I skilsmisefamilier besøges den familie/forældre, hvor barnet har folkeregisteradresse. Mad, motion og sundhedsscoaching (S): Der startede nye hold halvårligt fra sommeren 2008 – efteråret 2010	vægten er komplekse. At de familier som tilbydes den tværfaglige vejledning, ikke føler sig presset til at tage imod det. Livsstilsbesøg (G): At afprøve om tilbuddet fungerer organisatorisk: Er der kvalificeret personale til at varetage funktionen, fungerer booking af besøg, tager familierne imod besøg, etc. At de familier, som takker nej til besøget, er de familier, som reelt ikke har behov (vurderes ud fra familiens egen begrundelse for at afslå besøget).

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
		selvværd og øget trivsel At børnene og forældrene får en øget viden om børns udvikling, trivsel, kost og fysisk aktivitet At børnene og deres forældre motiveres til at ændre adfærd.			
Glostrup	Reduktion i antallet af overvægtige børn i de små klasser. Fald i antallet af overvægtige børn til 4. klasses projektet fra 20 % til 10 % (dette mål rækker ud over projektperioden og vil først kunne ses, når disse årgange har nået 4. klasse).	Empowerment af forældre og børn til at handle på egen adfærd og egen situation.		Forebyggende hjemmebesøg til 90 % af alle børn ved skolestart. At nå 80 % af de etniske familier med forebyggende hjemmebesøg og gruppeforløb.	En løbende metodeudvikling og vidensdeling på tværs af faggrupper og afdelinger.
Halsnæs*	<i>OBS: succeskriterier indeholder målsætninger herindenfor.</i>	MEND (S): Det enkelte MEND barn/familie erhverver kompetencer til at ændre livsstil samt fastholde disse.	SUNDHEDSTEGNET (G): At der udvikles viden og kompetencer blandt lærere og pædagoger i forhold til at arbejde med sundhed.	SUNDHEDSTEGNET (G): At Sundhedstegnet implementeres på kommunens 10 virksomheder, som minimum deltager med en afdeling fra hver virksomhed. Der skal arbejdes med følgende 4 emner; fysisk aktivitet, mad og måltider, tobak og et selvvalgt emne.	MEND (S): Almen praksis kan henvise og følge op på MEND-børn. Sundhedsplejen er i stand til at varetage en systematisk indsats målrettet overvægtige børn og deres familier. At kommunen har en procedure for på en etisk passende måde at få afsluttet MEND-forløb for børn, der ikke gennemfører. MEND er afprøvet for etniske minoriteter og socialt udsatte familier. At opstarte samarbejde med frivillige idrætsorganisationer med henblik på inkludering af

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
					overvægtige børn i idrætsklub. SUNDHEDSTEGNET (G): At sikre projektet i driftsfase efter projektophør.
Norrdjurs	SPECIFIK INDSATS: De deltagende børn og unge skulle have et varigt vægttab, subsidiært en stagnation i vægten.	SPECIFIK INDSATS: De deltagende børn og unge skulle have øget viden om sundhed, kost og motion samt kunne anvende denne viden til at ændre livsstil. De deltagende børn og unge skulle opleve en øget tro på egne ressourcer (self-efficacy).		SPECIFIK INDSATS: Mindst 60 børn og unge skulle deltage i projektet.	SPECIFIK INDSATS: Udvikling og implementering af en model med en flersidet tilgang med fokus på psykologi, kost og motion. Udarbejdning af individuelle handleplaner, som skulle danne baggrund for en systematisk indsats med udgangspunkt i deltagernes egne kompetencer, ressourcer og motivation til vægttab. GENEREL INDSATS: Vedtagelse af en sundhedspolitik for Norrdjurs Kommune. Implementering af sundhedspolitikken via udarbejdelsen af konkrete delmål for de enkelte forvaltningsområder og kommunens institutioner (via Sundhedstegnet). Udvikling og implementering af en strategi for anvendelse af erfaringerne fra projektet "Krop, mad og bevægelse" som led i kommunens generelle sundhedsfremme. Tæt samarbejde med kommunens idrætshaller om indførelsen af en kostpolitik med særligt fokus på sund mad og drikkevandsautomater. Udvikling og implementering af

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
					utraditionelle idrættstilbud. Øget fokus på sund kost og bevægelse i skolerne og daginstitutionerne, fx i form af temauger. Projektet skulle kobles med udviklingen af en webbaseret portal, hvor det er muligt at søge information om sundhedsrelaterede aktiviteter i kommunen. Denne portal skulle forankres i kommunen og drives lokalt af lokale repræsentanter for fx foreningslivet. På hver enkelt skole, ungdomsskole og daginstitution (herunder dagplejen) i kommunen samt i haller og foreninger uddannes en lokal sundhedsnøgleperson, som skulle være lokal tovholder på projektet og bidrage til en effektiv implementering af såvel den generelle og den specifikke indsats. Dette skulle desuden bidrage til et generelt kompetenceløft vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse i den kommunale børne- og ungesektor.
Sorø		Trivselsteam (S): At øge trivslen hos børn og unge i forhold til projektets målgruppe. At arbejde med børnenes selv-værd/selvtillid, så de bliver mere aktive og synlige i de sociale fællesskaber i skolen og fritiden. Livsstilsværkstedet (S): At de deltagende børn ændrer sundhedsadfærd i en positiv retning.	Trivselsteam (S): At støtte familien i at udvikle deres handlekompetence til vedvarende livsstilsændringer og fungere som sparringspartnere for familierne.	PLAY-hold (S): Oprettelse af min. 3 PLAY-hold i Sorø Kommune.	Sundhed i børnehøjde (G): Udvikle en model til udvikling af sundhedspolitikker. Udvikle sundhedspædagogiske redskaber. Virke igangsættende for udviklingen af sundhedspolitikker. Trivselsteam (S):

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
		At børnene og/eller forældrene giver udtryk for, at der er sket en ændring af adfærden (kost og/ eller motion) i en positiv retning.			At tilrettelægge og implementere tiltag, der kan motivere familierne, til langtidsholdbare livsstilsændringer. At implementere Trivselsteamet som et varigt tilbud i Sorø Kommune efter projektets udløb. At yde rådgivning og vejledning til fagpersoner som har kontakt til børn og unge med ovennævnte problemstilling. PLAY-hold (S): Samarbejde mellem foreninger og kommunale institutioner. Skabe foreningshold der motiverer bredt til fysisk aktivitet.
Syddjurs	<i>Fastholde vægt/opnå vægttab hos børn, der får tilbud om specifik indsats samt fastholde vægttab hos børn, der har været i behandling for overvægt</i> OVERORDNEDE MÅL Startspringet (S): at fastholde/reducere deres BMI	<i>Øge andelen af fysisk aktive Fremme sunde kostvaner</i> OVERORDNEDE MÅL Startspringet (S): at få opbygget gode motions- og kostvaner at blive styrket både fysisk, psykisk og socialt ved motorisk træning at få gode og positive oplevelser med idræt at have en aktiv fritid sammen med jævnaldrende at få en øget selvrespekt og selvtillid			<i>Standse/hæmme væksten af overvægtige og koordinere indsatsen i udsatte familier</i> OVERORDNEDE MÅL
Vordingborg	FitKid – mål: Reduceret overvægt i interventi-	FitKid – mål: 1) Øget fysisk aktivitetsniveau og motoriske færdigheder blandt børn i	FitKid: Øget viden blandt SFO- medarbejdere vedr. motivation	FitKid: 1) Målgruppen deltager gennem hele indsatspe-	FitKid: Afprøver den dokumenterede amerikanske model "FitKid"

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
	onsgruppen Succeskriterier: 20 % har nedsat fedtprocent Familievægtskolen: Kortsigtet effekt (delmål) 1. De deltagende børn har reduceret vægt, fedtprocent og taljemål – relativt 2. De deltagende børn oplever øget trivsel som følge af indsatsen	målgruppen på de deltagende skoler 2) De deltagende børn oplever øget trivsel som følge af indsatsen Succeskriterier: 1) 50 % flere børn i målgruppen har pr. juni 2010 øget aktivitet i forhold til kontrolgruppen. Defineret som 50 % har 1.500 flere skridt pr. dag 50 % flere børn i målgruppen har pr. juni 2010 forbedrede motoriske funktioner i forhold til kontrolgruppen, defineret ved at 50 % har forbedret sig 2 point Familievægtskolen - Mål på adfærdsniveau: Målgruppen deltager igennem hele indsatsperioden 1. De deltagende børn spiser sundere og er mere fysisk aktive i projektperioden 2. Projektmedarbejderne samarbejder tværfagligt og løsningsfokuseret i projektperioden Succeskriterier: 1. 60 % deltager 3-4 gange i indsatsperioden 2. 50 % af børnene spiser sundere, og 50 % af børnene er mere fysisk aktive 3. Familierne oplever, at de i høj grad selv har sat deres mål, samt at de er blevet hørt, forstået og respekteret. Familierne oplever, at de har modtaget enslydende budskab fra alle pro-	af børn og om effektive fysiske aktiviteter for målgruppen	rioden 2) Børn bliver tilbudt højintensitet aktiviteter gennem hele indsatsperioden 3) Børnene oplever, at de kan en masse med deres krop – de tør deltage Succeskriterier: 1) 60 % deltager minimum 2 gange ugentligt i indsatsperioden. Frafald må ikke overstige 30 % 2) Aktiviteter med høj fysisk aktivitet indgår i SFO-personalets aktivitetstilbud til børnene. 60 % af børnene har en gennemsn. puls på 150 i en 40 min. periode. 3) Børnene deltager aktivt i højere grad end tidligere - også sammen med deres øvrige kammerater. 50 % inden for interventionsperioden vurderes af forældre og SFO-personale.	med henblik på at justere indhold og organisering, så der opnås størst mulig effekt i Vordingborg Kommune. Gennemførelse af FitKid-aktiviteter gennem et skoleår, hvis resultater skal være indikator for relevans af fremtidig implementering. 1) Oplevet relevans og tilfredshed med projektaktiviteterne blandt deltagere og "frafaldne" 2) Oplevet relevans og tilfredshed med projektaktiviteterne blandt SFO-medarbejdere. Succeskriterier: 75 % (børn og SFO-personale) er tilfredse og finder projektaktiviteterne relevante Familievægtskolen (S): De deltagende unge børn er tilfredse med projektaktiviteterne og finder dem relevante/attraktive 1. De deltagende forældre er tilfredse med projektaktiviteterne og finder dem relevante/attraktive Succeskriterier: 70 % (unge og voksne) er tilfredse og finder projektaktiviteterne relevante (G)*: Ved formulering og implementering af en sundhedspolitik for alle skoler og fritidsordninger

Kommune (indsats)	Effektmål			Outputmål	Mål for proces / organisering
	Effekt på lang sigt	Effekt på mellemlang sigt	Effekt på kort sigt		
		jektmedarbejdere. Teamet oplever, at de internt samarbejder mere med fokus på løsninger frem for på problemer.			skal der sikres gode rammer for sund adfærd og tilgængelighed af sunde tilbud. "Projekt Skolesport" (Dansk Skolesport) hvor alle børn får mulighed for mere idræt efter skoletid.
Århus (se skemaer nedenfor for mere specifikke mål til hvert projekt)	<i>Operationelle mål:</i> Med udgangspunkt i deltagernes egne erfaringer at standse væksten af overvægtige børn. At fastholde vægttabet hos børn og unge der har været i behandling for fedme.	Overordnet Mål (S): At udvikle børns og familiers handlekompetence, således at sund kost og fysisk aktivitet bliver en integreret del af familiernes hverdag.	Overordnet Mål (G): At udvikle handlekompetence hos fagpersoner og frivillige der arbejder med børn og unge, således at sund kost og fysisk aktivitet bliver en naturlig del af børns miljøer.		(G) – implementering af handleplaner for "Mad og måltider" og "Bevægelse" dagtilbud og på skoler.

Århus – generelle indsatser						
Dagtilbud			Skole			
Børnehaven i bevægelse At det pædagogiske personale får metoder til iagttagelse af børns motoriske udvikling; at det pædagogiske personale får inspiration og redskaber til at arbejde med motorik og bevægelse.	De små cykler At det pædagogiske personale får inspiration og redskaber til at arbejde med motorik og bevægelse på løbecykler/almindelige cykler.	26 ressourcepersoner At videreuddanne 26 pædagoger der skal fungere som ressourcepersoner inden for krop, kost og bevægelse i de 13 distriktsområder i Århus Kommune.	Sund og skoleklar At klarlægge hvordan sundhed og trivsel med fokus på mad, måltider og bevægelse tænkes ind i forældre-skolesamarbejdet fra skolestart.	Skolestart i bevægelse At det pædagogiske personale får metoder til iagttagelse af børns motoriske udvikling; og desuden får inspiration og redskaber til at arbejde med motorik og bevægelse.	Sundhedsundervisning i 6. klasse At afdække, på hvilken måde sundhedsfaget kan integreres i den daglige undervisning.	Legepatroljer på mellem-trinnet At støtte skolernes og områdets implementering af handleplaner for bevægelse. I disse handleplaner indgår etablering og igangsættelse af legepatroljer.
			Skridttællere som undervisningsmiddel At afprøve, hvordan skridttællere kan bruges som motiverende undervisningsmiddel i forbindelse med bevægelsesindsatser.	Forsøg med madordninger 2009-11 At øge tilgængeligheden af sund mad og drikke i de århusianske folkeskoler for dermed at øge elevernes sundhed og trivsel.	Mobil Motion 2009-10 At bevare og stimulere til et højt fysisk aktivitetsniveau, at styrke kroppens fysiologiske niveau og at udvikle fagligheden. Afprøvning af teknologien Endomondo som motivationsfaktor til at være fysisk aktiv.	Sund Skole Nettet At fremme udviklingen af sundhedsfremmende tiltag i folkeskolen og opsamle data omskolebørns sundhed

Århus – specifikke indsatser

Tidlig opsporing At afdække det pædagogiske personales viden om overvægt blandt mindre børn.	Morgenmad og madpakker gør skoleklar At udvikle elevers og forældres kompetencer i forhold til sund mad. Særligt fokus på morgenmad, frokost og drikkevarer. Sunde kostvaner skal blive en integreret del af hverdagen.	Se maden At udarbejde og formidle fleksibelt og illustrativt materiale, der kan formidle sunde mad- og måltidsvaner.	Hotline At inspirere og informere forældre, børn og unge i forhold til livsstil – primært relateret til vægtproblemer. At inspirere og informere sundhedspersonale i Århus Kommune.	Fedt for Fight for Skolestarter At udvikle et forankret og struktureret behandlingstilbud til svært overvægtige børn og unge i den kommunale sundhedstjeneste. At hovedparten af familier med svært overvægtige børn ved indskolingen ønsker at deltage i "Fedt for fight". At udvikle deltagende familiers handlekompetence, således at det svært overvægtige barns vægt stabiliseres og barnet trives i skolen og i andre sociale sammenhænge. At udvikle handlekompetence hos fagpersoner.	Se, hvad jeg kan At give børn med særlige behov mulighed for at dyrke idræt på lige fod med andre børn. At give det pædagogiske personale inspiration til at tænke i motorik og aktiv indlæring.	Fælles fodslag på handicapområdet – kost og bevægelse At kvalificere og prioritere arbejdet med kost og bevægelse. At etablere tværgående samarbejde i forhold til kost og bevægelse.	Mobile Fitness Mål: Fald i BMI, vægt vedligehold, øget fysisk aktivitet, Quality of Life og fastholdelse.	Julemærkehjem – teenagegruppe Mål: At fastholde vægttab, gode motionsvaner og bevægelsesvaner samt styrke trivsel og selvværd.	Hercules og Afrodite Sport Målet er at skabe et rum for fysisk aktivitet, hvor børnene udfordres, får styrket selvværd og får fastholdt og fremmet deres bevægelsesglæde i samvær med andre børn.	Overvægtige gravid At forebygge overvægt hos børn af overvægtige mødre. At udvikle handlekompetence hos overvægtige gravide / mødre i forhold til sund livsstil – kost og fysisk aktivitet – således at sund livsstilsvaner bliver en integreret del af familiens hverdag. At udvikle handlekompetence hos fagpersoner i forhold til at arbejde med sundhedsfremme, forebyggelse og behandling af overvægt.
--	--	--	--	--	---	---	---	--	---	---

Bilag 3: Metodernes kodificering

	Favrskov	Faxe	Glostrup	Halsnæs	Norddjurs	Sorø	Syddjurs	Vordingborg	Århus
<i>Målgruppe.</i> Hvilke karakteristika kendetegner målgruppen?	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja
<i>Effekter.</i> Hvilke typer effekter skaber programmet?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Uddannelses- og kompetence profil hos udøverne.</i> Hvad er minimums krav til deres uddannelsesbaggrund, efteruddannelse, erfaring, certificeringer?	Nej	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis
<i>Teoretisk grundlag.</i> Hvilket teoretisk fundament hyler metoden på?	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Ja
<i>Empirisk grundlag.</i> Er der tidligere erfaringer, forskning mv. som sandsynliggør at indsatsen kan lykkes?	Delvis*	Delvis*	Delvis*	Ja	Delvis*	Delvis*	Delvis*	Ja	Delvis*
<i>Pædagogisk/psykologisk metode.</i> Er der bestemte metoder som anvendes?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Varighed.</i> Hvad er den tidsmæssige tilrettelæggelse (dage, uger, måneder, år)?	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
<i>Lokalitet.</i> Er der særlige forhold om lokalitet som er væsentlige?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Sekvens.</i> Hvilke faser er der i forløbet og hvad er de centrale mile-	Nej	Nej	Nej	Delvis	Nej	Nej	Nej	Nej	Delvis

	Favrskov	Faxe	Glostrup	Halsnæs	Nord- djurs	Sorø	Syd- djurs	Vor- ding- borg	Århus
pæle?									
<i>Teknologi og værktøjer.</i> Hvilke værktøjer bruges og til hvilke formål?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Omkostninger ved forløbet.</i> Hvad koster et gennemsnitligt forløb?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej

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

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
Favrskov	Projekt 1: Spæd- og småbørns mødre med en BMI > 25. Projekt 2: Børn i alderen 6-10 år med forhøjet BMI eller i risiko for begyndende overvægt evt. i kombination med motoriske svagheder. Projekt 3: Målgruppe 1) børn i alderen 7-12 år med forhøjet BMI eller i risiko for begyndende overvægt, målgruppe 2) børn i alderen 7-12 år, der har svært ved at indgå i de traditionelle idrætstilbud, mangler motivation for at bevæge sig og/eller er motorisk svage.	Projekt 1: Annoncering i lokalavis, personlig opfordring fra sundhedsplejerske, mund til mund metoden blandt interesserede mødre. Projekt 2: Børnene er rekrutteret i et samarbejde mellem klasselæreren/idrætslæreren og sundhedsplejersken med udgangspunkt i et fagligt skøn og objektive fund vedr. børnenes BMI. Projekt 3: Sundhedssamtale på skolerne ved sundhedsplejerske, mund til mund- metoden, annoncering i lokalaviser, kommunens hjemmeside.	Delvis visitation (for nogle indsatser og ikke alle), sundhedsplejersker og klasselærere vurderer med udgangspunkt i et fagligt skøn og objektive fund vedr. børnenes BMI og kontakter familie med tilbud om deltagelse (Projekt 2).	Strategier i de enkelte indsatser for at motivere deltagerne (indirekte fastholdelse), skolelærere har talt med børnene om deres deltagelse/fravær (projekt 2), sundhedsplejersker har ringet til fraværende børn (projekt 3).	Tilbud om individuelle opfølgningssamtaler med forældre og børn i form af et hjemmebesøg.
Faxe	Familieteamet: børn med vægt over 90 percentilen. Trimkids og Ungdomsskolen: "overvægtige", men krævede ikke henvisning.	Trim Kids: Markedsføring af tilbud via kommunens hjemmeside, i de lokale ugeaviser; udarbejdelse af fol-dere rundsendt til sundhedsplejersker, borgerservice og praktiserende læger; daginstitutionsledere og skoleledere informerede om holdene på deres ledermøder; AOF Østsjælland markedsførte via deres husstandsomdelte katalog. Familieteamet: Rekruttering af familier fra tre skoler i kommunen via sundhedsplejersker. Mad, motion og sundhedsscoaching: Markedsføring: Beskrivelse i Ungdomsskolens katalog; postkort omdelt på alle folkeskolerne, i lægehusene og til sundhedsplejerskerne; repræsentant for Ungdomsskolen fortalte om tilbuddet i alle 8. – 10. klasser; pressemeddelelse om holdet og resulta-	Delvis visitation (for nogle indsatser og ikke alle). Ingen visitation til Trimkids og Mad, motion og sundhedsscoaching. Sundhedsplejersker visiterer til Familieteamet.	Ingen formelle strategier.	Familieteamet: telefonopfølgning og sms. <i>Generel indsats: internetbaseret spørgeskema blev udsendt ½ -1 år efter deres besøg. Havde familierne ikke svaret inden for 1-2 uger, fik de tilsendt en reminder (livsstilsbesøg).</i>

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
		ter; brev til alle klasselærere i udskolingsklasserne om tilbuddet.			
Glostrup	Den specifikke indsats: børn med en vægt 90 % over percentilen.	Tilbud om hjemmebesøg af sundhedsplejerske til alle familier (generel indsats). Når et barn kan betegnes som overvægtigt, vurderede sundhedsplejersken om hele familien skulle tilbydes et gruppeforløb.	Sundhedsplejersker visiterer familier med overvægtige børn, som blev identificeret ved 2. vægt- og højdemåling i 0. klasse, til gruppeforløb. Sundhedsplejersken hentede tilladelse til sundhedsafdelingen til at kontakte familien med henblik på tilbud om gruppeforløb og en informationsaften.	Ingen formelle fastholdelsesaktiviteter. <i>Enkelte uformelle: fx opkald fra undervisere, hvis de ikke mødte op (telefoninterview med projektleder).</i>	Ingen opfølgning.
Halsnæs	Børn over 97 percentilen.	Sundhedsplejersker har rekrutteret børn til forløbet. Andre rekrutteringskilder: Familier henvist fra egen læge, skoler samt dem som selv har kontaktet kommunen blev henvist til projektkoordinator.	Sundhedsplejerskerne gennemgik børnenes journaler i forhold til BMI og kontaktede relevante familier med tilbud om samtale. Sundhedsplejerskerne har sendt navne på de interesserede børn/familier videre til projektkoordinator. Herefter gennemførte sundhedsplejersker og/eller projektkoordinator en individuel samtale.	Indirekte fastholdelse: familieorienteret indsats betydningsfuld for barnets fastholdelse.	Der er indarbejdet opfølgning som del af programmet med henblik på at sikre varig effekt. Der udarbejdes rapporter om hvert enkelt barn, der har afsluttet et MENDforløb. Sendes til almen praksis (ingen opfølgning herpå) Procedure omkring opfølgning på de MENDbørn/familier, der ikke gennemfører hele forløbet.
Norddjurs	BMI over 90-percentilen eller børn/unge i risikozonen (overvægtige forældre, søskende, spring på BMI-kurve).	Systematisk identifikation og rekruttering af overvægtige børn og unge, samt børn og unge i risikogruppen til projektet af diverse faggrupper (praktiserende læger, pædagoger, lærere og socialrådgivere m.fl.); annoncering i lokalaviser, kommunens hjemmeside, plakater og foldere på skoler mv.	Psykologen visiterer til projektet efter afholdelse af visitationssamtale med familien.	Indirekte fastholdelse: Forsøg på at imødekomme individuelle behov i forhold til familiernes mulighed for at deltage i aktiviteter. Frafald har været forsøgt minimeret ved at rekruttere bredt samt ved personlig psykologkontakt til familierne.	Udmeldte/afsluttede familier blev kontaktet af psykolog mhp. afsluttende samtale. Udsendelse af rykkerbreve ved manglende spørgeskemabesvarelse (i alt tre gange med to ugers mellemrum, herefter ansås hhv.

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
		Primær rekrutteringskanal: Annoncering			start og/eller slutdata for tabte). Efter et halvt år igen opfølgende kontakt til familien med tilbud om en opfølgningssamtale med mulighed for vejning. To opfølgende spørgeskemaer udsendt. Et rykkerbrev sendt til familien efter to uger (i alt tre gange med to ugers mellemrum, her efter ansås opfølgningsdata for tabte).
Sorø	Overvægtige børn og deres forældre. Sundhedsplejerskerne har lagt stor vægt på, at de familier, der meldte sig til forløbet, også var motiverede (Trivselsteamet). Eksklusion af børn/familier med alvorlige psyko-soziale problemer <i>ud over</i> de vægtmæssige (fx alkoholproblemer eller psykiatriske diagnoser).	Informationsarbejde: Der er sendt information om kurset og foldere til uddeling til alle skoler i kommunen, herunder SFO, sundhedsplejersker, familierådgivningen, overvægtsenheden på Holbæk Sygehus, Sorø Avis og kommunens hjemmeside. Rådgivningsteamet har kontakt til lægerne, der henviser til dem. SFO-medarbejdere, sundhedsplejersker og lærere kan henvise til alle hold. Trivselsteamet har rekrutteret familier dels via annoncering, hvor information om projektet er lagt på skolernes hjemmesider, dels er rekrutteringen foregået gennem børnenes almindelige kontrol hos skolesundhedsplejersken i 0., 1., 5. og 9. klasse. Endelig er der uddelt foldere om tilbuddet til familier i målgruppen. Livsstilsværkstedet: Børn/familier har selv skullet tilmelde sig aktiviteten	Tilbuddene er ikke visiterede.	Trivselsteam: Vægtkontrol og trivselskurve har været et redskab til at tydeliggøre forandringerne. Brug af den anerkendende dialog er et andet redskab til fastholdelse af engagementet. Livsstilsværkstedet: Brug af den anerkendende tilgang samt indirekte fastholdelse ved at familien deltager. PLAY: Opmærksomhed på at placeringen af PLAY-holdet (geografisk og tidsmæssigt) spiller en rolle for, hvorvidt deltagerne kan fastholdes.	Opfølgende samtaler (Trivselsteam)

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
		(dog ofte på opfordring af skole/SFO eller sundhedsplejerske).			
Syddjurs	Børn/unge i risikozonen med overvægtige forældre. Subjektiv vurdering af sundhedsplejerske/læge med kriterierne, at det var relevant med indsats, og at familien var motiveret for livsstilsændringer.	Familieprojekt: Henvisning til projektet skete via praktiserende læger, sundhedsplejen, skolelæger, lærere og pædagoger, der kunne visitere børnene og familierne til behandling. Derudover blev projektet annonceret i pressen samt på kommunens hjemmeside. Primær henviser: Sundhedsplejersker.	Subjektiv vurdering af sundhedsplejerske/læge.	Indirekte fastholdelse gennem 'Du-bestemmer' metoden.	Ingen opfølgning, men respondenter og deltagere i projekterne udtrykker ønske om opfølgende samtaler.
Vordingborg	FitKid: Alderskorrigeret BMI>25 og/eller inaktiv hverdag (3 eller færre ugentlige dage med minimum 1 times fysisk aktivitet). Familievægtskolen: Unge (11-17 år) med alderskorrigeret BMI>25 og minimum 1 forælder. De unge måtte ikke have anden kendt sygdom end overvægt og skulle kunne indgå i et gruppeforløb.	Familievægtskolen: Rekrutteringen sker gennem sundhedsplejersker, egen læge, eller hvis familien selv henvender sig. Sundhedsplejerskerne er med i rekrutteringsprocessen i FitKid – der udføres en række tests i samarbejde med projektleder.	Ingen visitation til Familievægtskolen. Børn, som deltager i FitKid, er screenet af sundhedsplejersker (overvægt) og SFO-personalet (inaktivitet).	Fokus på fastholdelse via forældreopbakning (FitKid). Målinger af vægt som indirekte fastholdelse (deltagere ser ændringer dokumenteret - og dermed øges motivationen). Brug af den anerkendende tilgang er en indirekte fastholdelse.	Ingen beskrevet
Århus	Den specifikke indsats: Overvægtige børn og unge eller børn og unge der er i særlig risiko for at blive overvægtige.	Skolesundhedsplejersker er primære henvisere. Specifikke del: I det omfang det har kunnet lade sig gøre, har man forsøgt at lave en systematisk rekruttering: Børnehaveklassesarbejde med overvægtsidrætshold (annonce, henvisning fra sundhedsplejen, information på skoler og idrætshjemmesider) børne-ungelæge.	Systematisk henvisningssystem. Ikke udspecificeret.	Fastholdelsen af vægtstabilisering vil fortsat blive fulgt efter endt projektperiode. Handleplaner for mad og måltider og bevægelse fastholdes også efter endt projektperiode som et særligt udviklingsområde i institutionerne. Den individuelle kontakt har været fastholdelsesdelen.	Ikke beskrevet.