Sundhedsstyrelsen

SAMMENFATTENDE EVALUERING AF PROJEKTERNE I SATSPULJEN: ”Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge”

2012

Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen "Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge"

© Sundhedsstyrelsen, 2012. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Rambøll Management Consulting A/S

Sundhedsstyrelsen

Axel Heides Gade 1

2300 København S

URL: http://www.sst.dk

Emneord: Overvægt, børn og unge, forebyggelse, evaluering, satspulje, kommuner

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 13. september 2012

Format: pdf

Forsidens foto: Fotograf Mikael Rieck

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-417-1

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2012.

Forord

Som en del af satspuljeforliget for 2005 til 2008 blev der afsat 73 mio. kr. til kommunale indsatser rettet mod forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn og unge. Sundhedsstyrelsen har ad tre omgange udmøntet midlerne til i alt 31 kommuner til udviklingsprojekter, som er samlet under overskriften ”Kommunens plan mod overvægt”. I ”Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen ”Kommunens plan mod overvægt”” evalueres de kommunale projekter fra alle tre udmøntninger. Evalueringen er udarbejdet af Rambøll Management Consulting for Sundhedsstyrelsen.

Projekterne fra første og anden udmøntning indeholder både en generel og en specifik indsats. I tredje udmøntning indeholder projekterne udelukkende en specifik indsats.

Den generelle indsats fokuserer på understøttende rammer i kommunen, som giver alle børn gode muligheder for at være fysisk aktive og spise sundt. Indsatser i den generelle del er fx udarbejdelse af kost- og bevægelsespolitikker i skoler og daginstitutioner samt uddannelse af lærere og pædagoger inden for kost og fysisk aktivitet.

Den specifikke indsats fokuserer på indsatser rettet mod de børn, der allerede er overvægtige eller er i risiko for at udvikle overvægt. Indsatserne fokuserer på sunde madvaner og fremme af fysisk aktivitet, og har desuden fokus på de sociale og psykologiske sider af at være overvægtig. Familieinddragelse er en væsentlig komponent i de specifikke indsatser.

Projekterne benytter sig af forskellige teoretiske og metodiske tilgange og er både indholdsmæssigt og organisatorisk forskelligt tilrettelagt. Fælles for projekterne er, at de inddrager mange aktører på tværs af faggrupper og sektorer. I projekterne fra tredje udmøntning spiller den kommunale sundhedspleje en central rolle.

Udover ”Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen ”Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge”” har Sundhedsstyrelsen udgivet tre delevalueringsrapporter, en for hver udmøntning. Desuden har Sundhedsstyrelsen udgivet ”Børn i balance” (2008) og ”Børn i balance II” (2012), hvor indholdet i alle 31 kommunale projekter under ”Kommunens plan mod overvægt” beskrives.

Det er Sundhedsstyrelsens forhåbning, at ”Sammenfattende evaluering af projekterne i satspuljen ”Kommunens plan mod overvægt blandt børn og unge”” sammen med ”Børn i balance” og ”Børn i balance II” kan give inspiration til arbejdet med forebyggelse og behandling af overvægt blandt børn og unge samt viderebringe væsentlige erfaringer og resultater og således bidrage til at løfte kommunernes indsats mod overvægt.

Jette Jul Bruun

Enhedschef i Sundhedsstyrelsen

Indhold

1 Indledning 6

1.1 Evalueringens formål 8
1.2 Evalueringens metode 8
1.3 Rapportens opbygning 10

2 Konklusion og anbefalinger 14

2.1 Sammenfatning og konklusion 14
2.1.1 Projektdesign 14
2.1.2 Organisering 16
2.1.3 Opsporing, rekruttering og visitation 16
2.1.4 Indsatser og opfølgning 17
2.1.5 Evaluering og effekter 18

2.2 Anbefalinger til projektniveau 19
2.2.1 Projektdesign med inddragelse af aktuelt bedste viden 19
2.2.2 Organisering og planlægning med fokus på indsatsens indhold 19
2.2.3 Opsporing, rekruttering og visitation er centrale processer for effektive indsatser 20
2.2.4 Monitorering og evaluering som en integreret del af den kommunale indsats 21
2.2.5 Beslutning om videreførelse bør træffes på et veldokumenteret grundlag 21

3 Del 1 – Generelle indsatser 22

3.1 Projektdesign 22
3.1.1 Om de afprøvede generelle indsatser 22
3.1.2 Målsætninger 23
3.1.3 Målgruppen i de generelle indsatser 24
3.1.4 Indsatsernes arenaer 25
3.1.5 Aktører i projekterne 26
3.1.6 Kompetenceudvikling 29
3.1.7 Økonomiske ressourcer 30

3.2 Organisering og forankring 32
3.2.1 Organisering 32
3.2.2 Forankring 33

3.3 Indsats og opfølgning 37
3.3.1 Metoder og mekanismer 37
3.3.2 Varighed 39

3.4 Evaluering og effekter 40
3.4.1 Evalueringsdesign 40
3.4.2 Effekter 41
3.4.3 Sammenhæng mellem design og effekter 43

3.5 Delkonklusion 43

4 Del 2 – Specifikke indsatser 45

4.1 Projektdesign 45
4.1.1 Om de afprøvede specifikke indsatser 45
4.1.2 Organisering 45
4.1.3 Målsætninger 49
4.1.4 Målgruppen i de specifikke indsatser 51
4.1.5 Indsatsernes arenaer 52
4.1.6 Aktører i projekterne 54
4.1.7 Kompetenceudvikling 58
4.1.8 Økonomiske ressourcer 60

4.2 Opsporing, rekruttering og visitation 61
4.2.1 Opsporing 62
4.2.2 Rekruttering 62
4.2.3 Visitation 64

4.3 Indsatser og opfølgning 66
4.3.1 Metoder og mekanismer 66
4.3.2 Opfølgning 71
4.3.3 Fastholdelse 72
4.3.4 Videreførelse af projekter 73

4.4 Evaluering og effekter 77
4.4.1 Evalueringsdesign 77
4.4.2 Effekter 78
4.4.3 Analyse 83

4.5 Delkonklusion 87

5 Bilag 89

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 administreredes af Sundhedsstyrelsen (SST). Midlerne var 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[1]. 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 blev afsluttet ultimo 2010. To projekter fik forlængelse ind i 2011. Projekterne i 3. udmøntning afsluttedes ultimo 2011. Disse udviklingsprojekter er samlet under overskriften "Kommunens plan mod overvægt".

I udmøntningen af midlerne stillede SST krav om, at kommunernes projekter indeholdt både en generel indsats og en specifikt forebyggende indsats. I 3. udmøntning var der dog udelukkende en specifik indsats. Det har endvidere været et krav, at indsatserne var flerstrenget, således at der både fokuseres på psykosociale aspekter ved overvægten samt fysisk aktivitet og kost. Der var fra Sundhedsstyrelsens side ikke krav til specifikke metoder, som projekterne skulle anvende. Puljen havde til formål at afprøve og udvikle flere forskellige metoder, indsatser og måder at organisere sig på i forhold til forebyggelse af overvægt blandt børn i en kommunal kontekst (se Tabel 1-1 Udvalgte krav i Sundhedsstyrelsens ansøgningskriterier ved 1., 2., og 3. udmøntning). Det har fra begyndelsen af puljens udmøntning været et krav, at der lokalt blev gennemført egne, eksterne evalueringer for hvert projekt, samt at alle projekter udfyldte en række standardiserede evalueringsskemaer ved begyndelsen, midtvejs og ved afslutning af projektet. Der var ikke krav til evalueringsdesignet for kommunernes egne evalueringer.

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 at personale uddannes i 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.

[1] København er som eneste projektkommune ikke inkluderet i nærværende tværgående evaluering, idet de ikke har afrapporteret på samme måde som de øvrige kommuner.

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 - ud over de standardiserede evalueringsskemaer - 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.

Tabel 1-1 Udvalgte krav i SST's ansøgningskriterier ved 1., 2., og 3. udmøntning

Kravsindhold	1. udm.	2. udm.	3. udm.
PROJEKTDESIGN			
Generel forebyggende indsats over for overvægt hos børn og unge	+	+	
En specifik indsats over for børn og unge med overvægt og deres familier	+	+	+
Projekterne skal udvælge én eller to livsfaser at fokusere på			+
Der (skal) nedsættes en styregruppe for projektet		+	+
Styregruppen skal indeholde repræsentanter for beslutningstagerne			+
Kommunen har en eksisterende sundhedspolitik og handlingsplan ift. den generelle forebyggelse i kommunen – eller er i gang med at udvikle en sådan			+
Styregruppen skal forankre den specifikke indsats			+
INDSATS			
Afprøve betydningen af en styrket indsats i den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersker og kommunallæger) i forhold til at reducere eller stagnere den negative udvikling af overvægt hos børn og unge fra fødslen og op til 18 år			+
Aktiviteterne skal i videst muligt omfang omfatte:			
Et differentieret tilbud, som tager højde for, at børn og familier er forskellige	+	+	
Forståelse for de psykologiske og sociale sider af overvægten	+	+	+
Etablering af tværfaglige teams (kost- og motionsvejleder, psykolog/familievejleder) eller samarbejde	+	+	+
Tilbud til forskellige udsatte grupper - herunder grupper af anden etnisk herkomst end dansk	+	+	+
Tæt kontakt mellem kommunallæger, skolesundhedsplejerske og den praktiserende læge	+	+	
Kvalificering af det sundhedsfaglige personale samt personalet i daginstitutioner, skoler/SFO og fritidsinstitutioner til at reagere i tide på uheldig vægtudvikling og henvise til relevante tilbud	+	+	
Et kommunalt katalog over henvisningstilbud til børn og unge med overvægt og deres familier	+	+	
EVALUERING			
Målsætninger skal være SMARTe			+
Projekterne skal evalueres	+	+	+
Både en lokal evaluering samt en evaluering foretaget af en ekstern evaluator, som SST udpeger		+	+

Denne rapport evaluerer de kommunale projekter i alle tre udmøntningsrunder (2005-2011) af "Kommunens plan mod overvægt".

Rapportens målgruppe er kommunale praktikere og ledere samt beslutningstagere i staten. Rapporten er udarbejdet af Rambøll Management Consulting (Rambøll).

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.

1.2 Evalueringens metode

Som skrevet sammenfatter denne tværgående evaluering fundene fra alle projekter i puljen. 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 projektansøgninger, evalueringsrapporter og indrapporteringsskemaer fra de enkelte kommunale projekter. De primære kilder er således baseline-, midtvejs- og slutevalueringsskemaer for hvert projekt samt de lokalt udarbejdede evalueringer.

En forudsætning i en meta-evaluering er, at tilgangen beror på sekundære data og således ikke har større udsagnskraft, end det forhåndenværende datamateriale tillader. Dette har endvidere konsekvenser for, hvilke konklusioner det er muligt at lave på tværs af projekter. Således belyser rapporten forhold, som det har været *muligt* at få tværgående information om, og den er således ikke udtømmende omkring samtlige forhold, som er *væsentlige* at vide noget om angående de kommunale projekter.

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. Dette har især været en udfordring i forhold til projekternes effekter, hvor typen af undersøgelsesdesign, instrumenter til måling af effekt samt evalueringernes foci ikke har muliggjort statistiske meta-analyser[2], som det kendes fra systematiske forskningsoversigter.

Imidlertid opererer Sundhedsstyrelsen med en typologi over evidens, hvor:

- *Type I* er evidens om årsager til og udbredelse af sygdom (fx epidemiologiske studier om faktorer der forårsager en sygdom mv.)
- *Type II* er evidens om effekter af forebyggelsesindsatser (fx randomiserede, kontrollerede forsøg om en given sundhedsintervention virker)

[2] Pettigrew, M. & Roberts, H (2006). *Systematic Reviews in the Social Sciences*. London: Blackwell :Pope, C. Mays, N & Popay, J. (2007). *Synthesizing Qualitative and Quantitative Health Evidence*. London: McGraw Hill.

- *Type III* er evidens om den bedst mulige organisering og implementering af indsatser (fx hvilke faktorer der påvirker, at indsatsen blev implementeret efter sine forskrifter)[3].

Qua evalueringens formål og datagrundlagets muligheder er det først og fremmest evidens af type III, der er i centrum i denne meta-evaluering.

Dette har således også haft betydning for valget af tilgang til meta-evalueringen. Rambøll har i denne evaluering anvendt en realistisk syntese[4].

Denne tilgang har netop fokus på at identificere, hvilke kontekstuelle faktorer der påvirker udfaldet af (mekanismerne i) indsatser. Ydermere kan metoden anvendes til at identificere del-elementer, som har fungeret efter hensigten i indsatsen, også i de indsatser, som ikke har været effektive (fx succesfuld opsporing af en målgruppe). For at analysere og identificere mønstre på tværs af de enkelte kommunale (del)projekter anvendte Rambøll *Qualitative Comparative Analysis (QCA)* som analyseteknik.

Ny evalueringsforskning har demonstreret en videnskabsteoretisk, metodisk og praktisk nytte af QCA[5]. Essensen i QCA er, at kvalitative data fra de enkelte cases systematisk kodes som kvantitative værdier på en ordinal eller binær skala i forhold til en række variable, som forventes at have en relation til et (del-) resultat af indsatsen. QCA beregner så, hvilke kombinationer af kontekst betingelser der korrelerer med resultatet.[6]

På baggrund af delrapporterne for hver udmøntning, implementeringsforskning af forebyggende indsatser samt konsultation med eksperter har Rambøll opstillet konfigurationer med kontekstvariable og resultater for forskellige faser i indsatserne, som har dannet grundlag for analyserne.

Derefter er det samlede datamateriale, som foreligger fra de kommunale projekter, systematisk blevet kodet i forhold til disse variable og evalueringens temaer. Selve kodningen er foretaget af tre uafhængige personer (kodere). Koderne har indledningsvist gennemført kodning af et ”prøvemateriale” for at sikre ens praksis. Herefter har koderne gennemgået hver sin del af materialet.

Data er først blevet kodet og analyseret manuelt og er derefter analyseret i software programmet TOSMANA. TOSMANA er et program til gennemførelse af "small-

---

[3] Sundhedsstyrelsen (2007). *Evidens i forebyggelsen*. København: Sundhedsstyrelsen

[4] Pawson, R. (2001). Evidence-based Policy. The Promise of Realist Synthesis. Evaluation. Vol 8(3):pp 340–358 ; Pawson, R. (2006). *Evidence-based Policy. A Realist Perspective.* London: Sage

[5] Sager, F & Andereggen, C. (2012). Dealing with Complex Causality in Realist Synthesis. The Promise of Qualitative Comparative Analysis. *American Journal of Evaluation*. Vol 33(1): pp 60-78

[6] Ragin, Charles C. (1987) *The Comparative Method. Moving beyond qualitative and quantitative strategies*. Berkeley: University of California Press. / Ragin, Charles C. (2008) *Redesigning Social Inquiry. Fuzzy sets and Beyond.* London, University of Chicago Press. / Rihoux, Benoît & Ragin, Charles C. (2009). *Configurational Comparative Methods. Qualitative Comparative Analysis (QCA) and Related Techniques,* London: SAGE Publications

n[7]" analyser, hvor kompleksiteten af det kvalitative indhold er reduceret gennem anvendelse af minimeringsreglen fra boolsk algebra[8]. Derved får man mulighed for at analysere forholdet mellem betingelser og udfald på en mere systematisk måde.

Styrken ved QCA er, at metoden kan identificere flere, entydige sammenhænge mellem faktorer, der sammen har indflydelse på et givent resultat. Svagheden er imidlertid, at QCA har sværere ved at håndtere sammenhænge, der ikke er entydige, men hvor der alligevel er mønstre og tendenser i data, fx at trefjerdedele af indsatser viser en sammenhæng mellem to faktorer og et resultat. Rambøll har derfor valgt at supplere QCA med uddybende, deskriptive analyser af disse mønstre. Dog skal det nævnes, at der kun er foretaget QCA på de specifikke indsatser, da der ved de generelle indsatser mangler for meget data til at kunne beregne korrelationer mellem kontekstbetingelserne og indsatsernes resultater.

1.3 Rapportens opbygning

Rapporten er opbygget efter nedenstående model (se skitsering af model på næste side).

Modellen er inspireret af implementeringsforskningen, der peger på en række faktorer i en indsats' kontekst, der har betydning for udfaldet af en indsats[9]. Implementeringsforskningen peger bl.a. på, hvordan politik formulering, design og udmøntning har betydning for, hvordan og hvilke indsatser der gennemføres. Hvorom dette ikke er i centrum i denne evaluering, har det alligevel haft indflydelse i form af udmøntningskriterier, øremærkning af ressourcer mv., som vist ovenfor (Se Tabel 1-1).

Ligeledes har socioøkonomiske omgivelser indflydelse på implementeringsforløbet, hvilket bl.a. har været tydeligt i lyset af finanskrisen, som fik en markant indflydelse på kommunernes indtægtsgrundlag og prioriteringer.

Fokus i denne tværgående evaluering har i høj grad været på forhold i den kommunale implementeringsproces, herunder samarbejde og implementering mellem organisatoriske parter (fx kommune, frivillige foreninger og almen praksis). Ligeledes har forhold i selve den implementerende organisation betydning for udfaldet, herunder kan fx ledelsesadfærd, medarbejdernes opfattelser, vilje og kompetencer samt målgruppens adfærd have betydning.

Endelig har vi opdelt de kommunale projekter i en række generiske faser, som danner grundlag for strukturen i denne rapport (Se figur 1-1).

---

[7] Analyser, hvor antallet af observation til rådighed for analyse er begrænset. I analysen tillades det at udlede resultater fra det maksimale antal sammenligninger.

[8] Minimeringsreglen tilsiger, at hvis to udtryk kun adskiller sig på én betingelse, men ellers er knyttet til det samme udfald, kan den betingelse, der har en forskellig værdi for de to udtryk, betragtes som overflødig og fjernes for derved at opstille et mere simpelt udtryk (Skaaning, Svend-Erik; Kvist, Jon (2010). Konfigurationelle komparative metoder s. 253-255 i Bøgh Andersen, Lotte; Møller Hansen, Kasper; Klemmensen, Robert red. (2010) *Metoder i Statskundskab*, Hans Reitzels Forlag. København.

[9] Se bl.a. Sundhedsstyrelsen (2010). *Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport.* Sundhedsstyrelsen, København.

Projektdesign omhandler projektets overordnede orientering, herunder dets målgruppe, målsætninger og hvilke arenaer, der interveneres i.

Opsporing, rekruttering og visitation omhandler, hvordan målgruppen er identificeret og afgrænset, hvordan kommunen har søgt at få dem til at deltage og endelig, hvordan det er sikret, at medlemmerne af målgruppen får selve indsatsen.

Indsats og opfølgning omhandler, hvilken kombination af metoder og mekanismer der har været anvendt i selve den intervention, der har mødt målgruppen.

Evaluering og effekter omhandler tilrettelæggelse og vurdering af, hvorvidt tilsigtede (og utilsigtede) resultater er blevet skabt af indsatsen.

Rapporten er ydermere opdelt i to dele. *Første del* omhandler de generelt forebyggende indsatser. *Anden del* omhandler de specifikt forebyggende indsatser i kommunerne.

- I *kapitel 2* præsenteres konklusioner og anbefalinger for den samlede pulje.

I første del analyseres de generelle forebyggende indsatser som blev gennemført i kommunerne.

I afsnittene under *kapitel* 3 analyseres følgende for de generelt forebyggende indsatser:

- Projektdesignet
- Organisering af de kommunale indsatser.
- Indholdet af de generelt forebyggende indsatser i kommunerne
- Evalueringspraksis og effekter af indsatserne.

I sidste afsnit opsamles fund og konklusioner vedrørende de generelle forebyggelsesindsatser.

Den anden del af rapporten er opbygget efter samme struktur og analyserer de specifikke, forebyggende indsatser, som blev gennemført i kommunerne.

I afsnittene under *kapitel 4* analyseres følgende for de specifikke, forebyggende indsatser:

- Projektdesignet
- Opsporings-, rekrutterings- og visitationsprocesserne i kommunerne
- Indholdet af de specifikke forebyggende indsatser i kommunerne.
- Evalueringspraksis og effekter af indsatserne.

I sidste afsnit opsamles fund og konklusioner vedrørende de specifikke forebyggelsesindsatser.

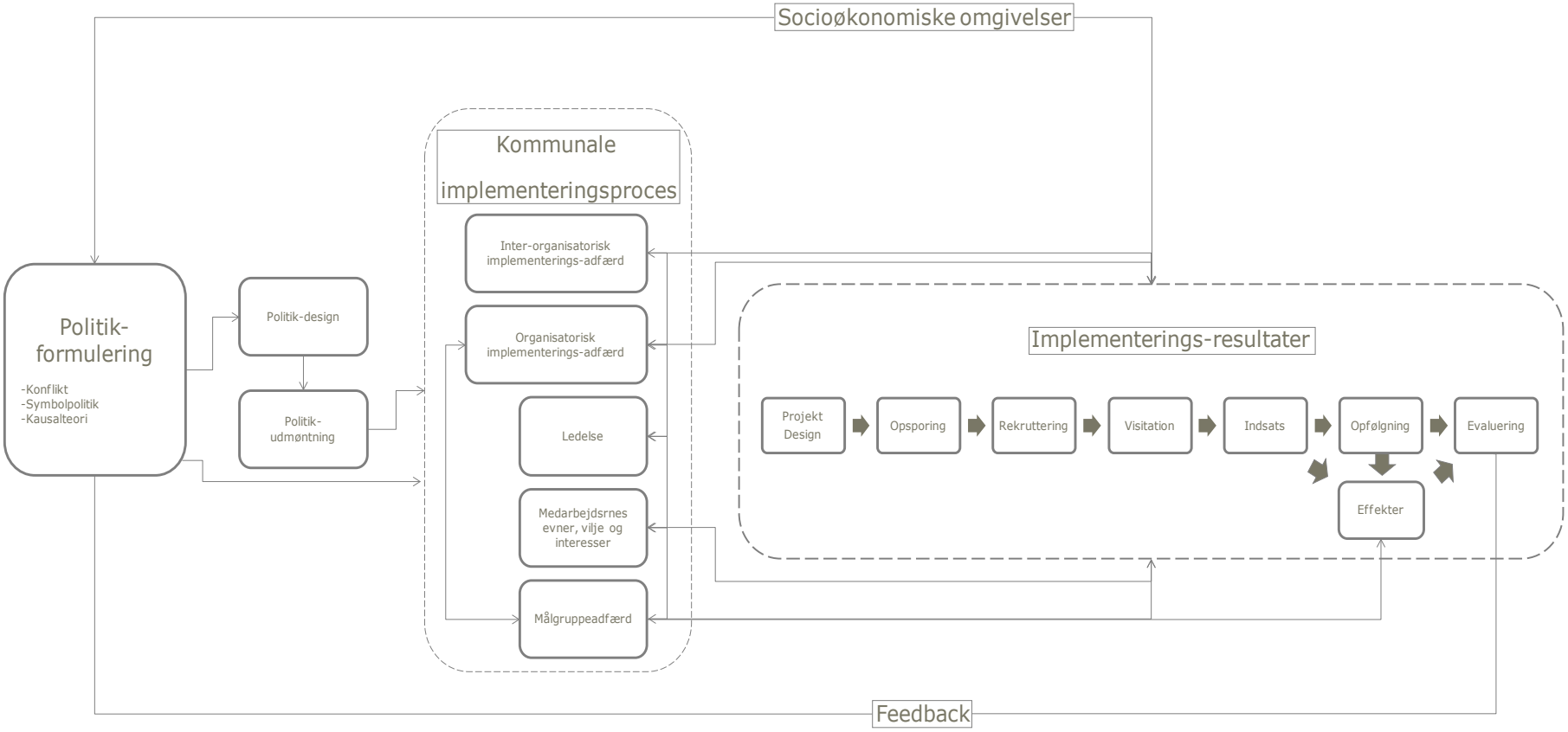
I rapporten anvendes følgende beslægtede betegnelser: kommuner, projekter og indsatser (henholdsvis generelle og specifikke indsatser).

Kommuner og projekter er overordnede begreber, som dækker over de deltagende kommuner og deres samlede projekt, som har modtaget puljemidler.

Indsatser betegner de indsatser, som har været sat i gang i de enkelte projekter. Antallet af indsatser i de enkelte projekter varierer. Således kan der være tale om både generelle indsatser og specifikke indsatser.

Der er 20 kommuner, som har haft generelle indsatser. Der er kun én generel indsats per kommune. Der er 30 kommuner, som har haft specifikke indsatser. Heraf har nogle kommuner igangsat og evalueret flere (del-) indsatser i den specifikke indsats i deres projekt, hvorfor der i QCA-analysen skelnes mellem i alt 42 specifikke indsatser (inden for de 30 kommuner).

Figur 1-1 – Implementering af forebyggende indsatser



2 Konklusion og anbefalinger

I dette kapitel sammenfattes den tværgående evaluerings fund, konklusioner og anbefalinger vedr. "Kommunens plan mod overvægt".

Puljen blev udmøntet i 2005-2008 og havde til formål at gennemføre strukturerede forebyggelses- og behandlingsindsatser i et antal kommuner med fokus på både psykosociale aspekter ved overvægten samt fysisk aktivitet og kost.

2.1 Sammenfatning og konklusion

2.1.1 Projektdesign

Nærværende afsnit sammenfatter konklusioner inden for de generelle og specifikke indsatsers projektdesign, herunder de kommunale projekters (i) formål og målsætninger, (ii) deres målgruppe, (iii) i hvilke arenaer indsatsen foregår, (iv) hvilke aktører der var involveret, (v) hvilke kompetence projektet krævede, og endelig (vi) hvor mange ressourcer der blev anvendt.

Fundet på tværs af puljeprojekterne er, at der har været opstillet målsætninger for alle projekter, både i forhold til deres generelle og specifikke indsatser. Målene har dog ofte ikke været SMART-sikrede[10] og fremstår således for størstedelen af projekterne ikke præcise nok til at kunne være styrende for indsatsen. Det er således Rambølls vurdering, at projekternes fokus kunne være styrket yderligere, såfremt der havde været opstillet klare målsætninger for især projekternes effekt og målbarhed.

De 20 kommuner med generelle indsatser har haft en bred målgruppe i form af børn og unge generelt (inden for forskellige aldersafgrænsninger). Samtidig har en anden væsentlig målgruppe (og i flere tilfælde den primære indsatsgruppe) været de professionelle, som typisk er blevet opkvalificeret til at varetage sundhedsopgaver målrettet børnene.

Målgrupperne blandt de 30 kommuner i puljen med specifikke indsatser har primært været børn med overvægt i førskolealderen/indskolingen og mellemtrinnet. I størstedelen af projekterne har familien ligeledes været involveret.

Der er forskel på, hvilke arenaer som har været de primære for intervention på tværs af generelle og specifikke indsatser. De specifikke indsatser er typisk foregået i privatsfæren og arenaerne har således været hjemmet og/eller fritidstilbud. De generelle indsatser har i højere grad koncentreret indsatsen om de offentligt reguleerede arenaer såsom skole og dagtilbud.

Skoler fremstår som en relevant arena at intervenere i med generelt forebyggende indsatser; også set i relation til, at sundhedsplejersker er til stede i denne arena.

[10] Som følge af en vurdering af, hvorvidt målsætningerne lever op til de såkaldte SMART-kriterier (Specifikke, Målbare, Accepterede, Realistiske og Tidsbestemte), som anvendes bredt i proces- og strategisammenhænge.

Fundet på tværs er dog, at det er væsentligt at sikre ejerskab[11] lokalt, for at indsatsen i denne arena skal lykkes. Endvidere fremstår en vellykket involvering af skoler og dagtilbud betinget af, at der afsættes ressourcer hos de lokalt forankrede aktører til at arbejde med projektet.

Rambøll vurderer, at projekterne har anvendt relevante arenaer i forbindelse med både deres generelle og deres specifikke indsatser. Dette understøttes af, at litteraturen på området også fremhæver disse som relevante for indsatser målrettet bekæmpelsen af børneovervægt.

På tværs af både generelle og specifikke indsatser er der ikke overraskende en overvægt af kommunale aktører (modsat aktører fra andre sektorer), som har været aktivt involveret i de generelle og specifikke indsatser. Særligt i de generelle indsatser har der næsten udelukkende været tale om kommunale aktører (lærere og pædagoger), ofte lokalt forankrede på skoler og i dagtilbud. I de specifikke indsatser er det også primært kommunale aktører, som har været involveret. Her fremstår sundhedsplejen at være den væsentligste aktørgruppe.

I de specifikke indsatser har flere projekter endvidere søgt at involvere aktører fra regionalt regi og foreningslivet. Involveringen af almen praksis fremstår særligt udfordrende og har sjældent fungeret hensigtsmæssigt. Endvidere er der visse forskelle i tilgangen til målgruppen, som skal overkommes ifm. involvering af særligt idrætsforeninger i overvægtsprojekter.

Alt i alt er det Rambølls vurdering, at projekterne har inddraget relevante aktører i gennemførelsen af de kommunale indsatser. Der fremstår dog et forbedringspotentiale i forhold til at sikre et velfungerende samarbejde med særligt almen praksis.

Der har i samtlige kommuner været fokus på kompetenceudvikling – dette både i deres generelle og deres specifikke indsatser. I de generelle indsatser har der særligt været opkvalificering af (ikke-sundhedsfaglige) professionelle til at varetage sundhedsopgaver i den arena, hvori de arbejder med børn og unge. Inden for de specifikke indsatser har der især i forhold til sundhedsplejen og projektmedarbejderne været fokus på faglig opkvalificering til at varetage opsporing/rekruttering samt gennemførelse af de specifikke indsatser. Desuden har flere kommuner gennemført processuel kompetenceudvikling med fokus på projektledelse mv.

Kommunernes evalueringer viser imidlertid, at der sjældent er opgjort resultater vedr. kompetenceudviklingen. Det er således Rambølls vurdering, at der har været for lidt fokus på, hvorvidt de tilsigtede kompetencer er blevet udviklet og tilstrækkeligt anvendt i praksis.

Ressourceforbruget har hverken for kommunernes generelle eller specifikke indsatser haft særligt fokus på kommunernes afrapportering. Det er derfor ikke muligt at konkludere på hverken de økonomiske ressourcer anvendt i de generelle indsatser eller ressourceforbruget i de specifikke indsatser i form af omkostninger per gennemført deltager eller per effekt.

---

[11] Ejerskab skal forstås som accept af indsatsen og engagement til medvirkning af løsning af denne hos de involverede professionelle.

2.1.2 Organisering

Nærværende afsnit sammenfatter de organisatoriske forhold på tværs af kommuner i puljen.

Jf. kravene til puljen fra Sundhedsstyrelsens side er der ikke de store variationer i projekternes organisatoriske struktur, der på tværs af kommuner har været karakteriseret af at være forankret på sundhedsområdet i den kommunale forvaltning med en overordnet projektleder, en projektgruppe (eller flere delprojektgrupper) og en styregruppe. Dog varierer antallet af fastansatte projektledere på tværs af udmøntningsrunder. Der var således flere fastansatte projektledere i både 2. og 3. udmøntning i forhold til projekterne i 1. udmøntning.

Forankring af projektet i en velfungerende styregruppe (med relevante ledelsesrepræsentanter) fremstår for både generelle og specifikke projekter som vigtig for, at projektet prioriteres på tværs af den kommunale organisation. Der ses endvidere en overvejende tendens til, at størstedelen af de videreførte indsatser (både generelle og specifikke) havde velfungerende styregrupper.

Desuden fremstår ledelsesopbakning, både i og til selve projektorganisationen men også hos relevante samarbejdspartnere, som centralt for at sikre både fremdrift, ejerskab og forankring. Der ses blandt både generelle og specifikke indsatser en tendens til, at projekter med ledelsesopbakning i højere grad videreføres, sammenlignet med projekter, hvor opbakningen har manglet.

Der har generelt været god forankring af både de generelle og de specifikke indsatser efter projektperiodens ophør. Således er 70 pct. af de generelle indsatser enten blevet fuldt eller delvist videreført, og 67 pct. af de specifikke indsatser er helt eller delvist videreført (svarende til videreførelse i 20 af de 30 kommuner med specifikke indsatser).

2.1.3 Opsporing, rekruttering og visitation

Nærværende afsnit sammenfatter konklusioner vedr. de specifikke indsatsers opsporing, rekruttering og visitation af målgruppen.

Sundhedsplejen fremstår som den vigtigste og mest velfungerende rekrutteringskanal på tværs af de tre udmøntningsrunder. Dette gerne suppleret med andre rekrutteringskanaler. Der er dog så overvejende positive resultater i forbindelse med sundhedsplejen, sammenholdt med de øvrige rekrutteringskanaler, at denne aktør fremstår som den primære at aktivere i forbindelse med opsporing og identifikation af børn til kommunale overvægtsprojekter fremadrettet.

Analysen omhandlende opsporing, rekruttering og visitation viser blandede tendenser, hvad angår forskellige faktorers betydning for succesfuld rekruttering på tværs af udmøntningsprojekterne. Evalueringen peger dog på, at særligt en klar målgruppe-afgrænsning og lokale data om målgruppens omfang og karakteristika har haft betydning for, om det er lykkedes at rekruttere målgruppen.

Endvidere fremstår brugen af visitationssamtaler også som et vellykket redskab i rekrutteringen. Brugen af objektive visitationskriterier har særlig betydning for at rekruttere målgruppen på konsistent vis til indsatsen. Fundene peger yderligere på,

at sundhedsplejen er en central opsporings- og velfungerende rekrutteringskanal, særligt i de yngre aldersgrupper (førskole- og yngre skolebørn).

Det er endvidere væsentligt at pointere, at der på tværs af projekterne i de tre udmøntningsrunder har været udfordringer med at rekruttere børn og unge til de specifikke indsatser. Dette antyder, at en god og stringent rekrutteringsstrategi ikke gør det alene. Andre faktorer synes også at spille ind – ikke mindst, som flere projekter antyder, at der fra start sættes fokus på det store ressourcebehov i rekrutteringsindsatsen. Således er det væsentligt, at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til gennemførelse af denne væsentlige aktivitet i projektet.

Det er samlet set Rambølls vurdering, at en skarp prioritering og konsistens i opsporingen, omkring hvilken målgruppe der skal inkluderes i de specifikke indsatser, i samspil med tilstrækkelig ressourceafsættelse til opsporings- og rekrutteringsaktiviteter er altafgørende for en succesfuld rekruttering.

2.1.4 Indsatser og opfølgning

Nærværende afsnit sammenfatter indholdet af de kommunale indsatser. Desuden fokuseres der på opfølgningspraksis i de specifikke indsatser.

Rambøll vurderer på baggrund af den tværgående analyse, at udmøntningsprojekterne hviler på et solidt, empirisk grundlag. Dette, fordi forskning i andre sammenhænge har sandsynliggjort, at de anvendte metoder og mekanismer har vist sig effektive i bekæmpelsen af overvægt blandt børn og unge. Projekterne hviler således i deres helhed på et grundlag, der sandsynliggør, at indsatsen kan virke. Dette skal dog forstås på et mere overordnet plan, og de samlede indsatser i kommunerne har således ikke været afprøvet og vist sig effektive hver for sig.

Et fællestræk for de generelle indsatser er, at størstedelen af kommunerne i deres indsats søgte at lave ændringer på et strukturelt plan (politikker mv.) for at regulere faktorer med indvirkning på børn og unges sundhed i hverdagen. Dette er i god tråd med litteraturen på området, hvor strukturelle indsatser netop fremhæves som lovende, effektive tiltag i bekæmpelsen af overvægt blandt børn og unge. Til trods for at projekterne på tværs således ikke har påvist effekter i sig selv, sandsynliggør deres valg af indsatsmekanismer en potentiel gavnlig virkning af indsatsen, såfremt den lykkes i sin gennemførelse.

I de gennemførte specifikke indsatser har kommunerne i høj grad benyttet samme kombination af metoder og mekanismer. 28 af 30 kommuner anvendte en kombination af direkte intervention med både kognitive og fysisk intervenerende mekanismer i deres specifikke indsatser. Fokus for projekterne var dermed både på vægttab, motion og psykosociale aspekter af overvægt.

Kommunerne har i overvejende grad anvendt ikke-kodificerede[12] indsatser i deres specifikke indsatser og har således i tråd med puljens fokus på udviklingsprojekter taget udgangspunkt i ikke allerede afprøvede og veldokumenterede programmer i

[12] Indsatser, som ikke ligger beskrevet i skriftlig form med en protokol, der beskriver indsatsens fremgangsmåde, herunder målgruppe, formål, tilsigtede virkninger, metoder og varighed.

forhold til effekter hos målgruppen. Således kan kun fire specifikke indsatser (ud af 42) betegnes som kodificerede.

Der ses på tværs af de specifikke indsatser en stor variation i, hvor høj grad det lykkedes kommunerne at fastholde børn og familier i projekterne (gennemførelsesprocenterne varierer fra 17 til 100 pct.).

Analysen søgte at belyse forskellige faktorers betydning for succesfuld gennemførelse[13]. Der fandtes dog ingen tendenser i sammenhængen mellem eksempelvis interventionsform (gruppe-, individ eller kombination), familiers involvering i indsatsen, geografisk placering og succesfuld gennemførelse på tværs af de specifikke indsatser. Endvidere sås ingen tendenser i forhold til betydningen af opfølgning[14] undervejs i indsatserne.

Den videre implementering og forankring af de specifikke indsatser fremstår som vellykket (som nævnt blev indsatser helt eller delvist videreført i 2/3 af kommunerne). Data giver ikke et klart billede af, hvilke faktorer der har betydning herfor. Imidlertid viser data, at projekternes effektivitet ikke har en særskilt betydning. Der er derimod en tendens til, at følgende typer indsatser i højere grad er blevet videreført:

- Indsatser fra 2. og 3. udmøntning
- Indsatser med velfungerende styregrupper

Det er på baggrund af ovennævnte analyser Rambølls vurdering, at den videre implementering og forankring af de specifikke indsatser efter projektperiodens ophør i højere grad har taget udgangspunkt i mere organisatoriske forhold end i de konkrete resultater af de specifikke indsatser.

2.1.5 Evaluering og effekter

Evaluering af effekten af de generelle indsatser har på tværs af kommuner haft begrænset fokus. Projekterne har i højere grad opgjort procesoutputs, såsom antal skoler og dagtilbud som har indført politikker mv. Størstedelen af projekterne har således ikke forsøgt at opgøre effekter af deres generelle indsats, og det er således ikke muligt at vurdere, om indsatserne har virket efter hensigten eller ej. Det er dog et positivt fund, at der i flere kommuner er etableret monitorering, som på sigt kan sætte øget fokus på overvægtsproblematikker.

Den samlede evaluering af effekten af de specifikke indsatser skal fortolkes med betydeligt forbehold, da forskellige designs og praksis har været anvendt. Rambøll identificerede 11 indsatser ud af 42, hvor fundene peger på, at de *tilsyneladende* er effektive.

Analysens fund peger på, at kodificerede indsatser samt det, at kommunerne har data om målgruppen, har betydning for, hvorvidt indsatserne tilsyneladende er ef-

---

[13] Gennemførelsesprocenten i indsatsen er 70 % eller derover.

[14] Med opfølgning forstås, at der i projektet enten er foregået statussamtaler eller vejninger, hvor målgruppen er blevet involveret i status for deres personlige udvikling i indsatsen – enten hvad angår kvalitative eller kvantitative forhold (fx målsætninger, BMI, motivation mv.)

fektive. Endelig er der en tendens til, at indsatser med en høj gennemførelsesprocent tilsyneladende også var mere effektive.

2.2 Anbefalinger til projektniveau

Rambølls anbefalinger fordeler sig på to niveauer: *Programniveauet*, som retter sig mod det involverede ministerium og styrelse, og *projektniveauet*, som retter sig mod kommuner eller organisationer.

2.2.1 Projektdesign med inddragelse af aktuelt bedste viden

Når nye interventioner skal designes, er det også for kommunerne afgørende, at de tager udgangspunkt i den eksisterende forskning på området, så eksisterende viden om effektive indsatser danner grundlag for nye indsatser.

Den tværgående evaluering peger desuden på, at det er centralt, at der sker en involvering blandt interessenter, således at deres faglige viden anvendes til at designe indsatsen. Involvering af relevante aktører i designprocessen vil ligeledes bidrage til en klarhed omkring roller og opgaver for de enkelte aktører. Rambøll anbefaler derfor, at kommunerne:

- tager udgangspunkt i eksisterende forskning i planlægningen af nye indsatser,
- inddrager relevante professionelle i design af indsatser,
- anvender aktuelt bedste viden om effektive indsatser til at designe indsatsen[15],
- formulerer klare målsætninger for, hvem indsatsen er rettet mod, hvilke effekter der skal opnås, og hvad der er tilstrækkeligt til at være en succes, således at alle involverede aktører kender succeskriterierne og målsætningerne for indsatsen,
- sikrer at evaluering af indsatsens implementering og effekter er en integreret del af designet,
- udarbejder en protokol, der beskriver indsatsens indhold, sekvens, varighed, fornødne kompetencer mv., dvs. at indsatsen fremstår velbeskrevet og kan implementeres af andre.

2.2.2 Organisering og planlægning med fokus på indsatsens indhold

Den tværgående evaluering viste, at det var vanskeligt at se sammenhængen mellem en række kompetenceudviklingsaktiviteter og den konkrete indsats, ligesom læringsudbyttet ikke var veldokumenteret. Rambøll anbefaler derfor over for kommunerne:

[15] Her er der samtidig behov for understøttelse fra centralt hold, idet det vil være en udfordring for kommunerne enkeltvis at sikre den mest opdaterede viden

- at kompetenceudvikling skal være fokuseret og direkte understøtte konkret opgaveløsning i indsatsen,
- at der er en fornøden evaluering af, at de fornødne kvalifikationer reelt tilegnes og
- at træning/uddannelse skal følges op af supervision, coaching e. lign. for at sikre, at kvalifikationer omsættes til kompetencer i opgaveløsningen.

2.2.3 Opsporing, rekruttering og visitation er centrale processer for effektive indsatser

Den tværgående evaluering har vist, at der er en sammenhæng mellem, hvorvidt det lykkedes at rekruttere målgruppen til indsatsen og de forudgående processer i forhold til at identificere målgruppen i kommunen, herunder at have klare inklusionskriterier for målgruppen samt at følge disse konsistent.

Dette er konsistent med international implementeringsforskning, der netop peger på vigtigheden af disse processer og af ikke at forskyde optaget til personer, der ikke passer ind i målgruppen. Rambøll anbefaler derfor, at kommunerne:

- udarbejder en detaljeret beskrivelse af målgruppen i kommunen, herunder hvilke socioøkonomiske, demografiske og sundhedsmæssige karakteristika de har. Således kan omfang og forventede effekter også tydeliggøres,
- i forlængelse heraf udarbejder klare visitationskriterier for, hvem der indgår i målgruppen,
- etablerer processer, der sikrer konsistens i visitationen, således at forskydning i optag af personer uden for målgruppen undgås og
- sikrer at den kommunale sundhedspleje anvendes som en central rekrutteringskanel (særligt i de yngre aldersgrupper).

2.2.3.1 Indsatsens metoder og mekanismer kan dimensioneres

Den tværgående evaluering viste, at der var endog meget stor variation i, i hvor høj grad det lykkedes kommunerne at fastholde børn og familier i projekterne. I QCA-analysen sås ingen klare mønstre i forhold til opfølgning og fastholdelse af målgruppen under og efter indsatsen.

Derimod sås en sammenhæng mellem effektive projekter og høj gennemførelsesprocent (og dermed lille frafald).

Det fremstår derfor væsentligt at fastholde deltagerne i indsatsen. Dog viser data ingen klare tendenser til, hvordan dette gøres, og opfølgning under indsatsen er tilsyneladende ikke nok i sig selv. Rambøll anbefaler derfor:

- at kommunerne har eksplicitte mål for og strategier for fastholdelse af målgruppen i indsatsen.

2.2.4 Monitorering og evaluering som en integreret del af den kommunale indsats

Ligesom det var tilfældet på programniveauet, bør de kommunale indsatser identificere og anvende evaluativ viden, der kan understøtte læring og beslutninger i indsatsen. Derfor anbefaler Rambøll:

- at kommunerne systematisk laver en monitorerings- og evalueringsplan for nye programmer, der adresserer, hvilken tilgang til evaluering, fx måling af effekt, der er relevant i forhold til kommunens o.a. interessenters behov[16].
- at kommunerne sikre et minimum af god, epidemiologisk praksis ved at sikre et sammenligningsgrundlag i indsatsen (fx en form for kontrolgruppe).
- at evalueringsviden systematisk understøtter beslutningstagere undervejs i interventionen, således at viden om fx fidelitet understøtter, at indsatserne opnår højest mulig effektivitet.

2.2.5 Beslutning om videreførelse bør træffes på et veldokumenteret grundlag

Evalueringen viste, at der ikke er en sammenhæng mellem, hvorvidt projekterne har haft "tilsyneladende effekt", og hvorvidt de videreføres. Det betyder, at kommunerne har truffet beslutninger om at videreføre indsatser, hvor der må sættes spørgsmålstegn ved, hvorvidt de reelt bidrager til at reducere børns overvægt. Rambøll anbefaler:

- at en beslutning om videreførelse beror på et veldokumenteret grundlag; Det vil sige, hvor det fremgår, hvilke effekter og hvor meget indsatsen har opnået, og hvad omkostningerne er per deltager og per effekt. Ydermere bør det fremgå, hvor stærkt det videnskabelige grundlag er.

[16] Børnedatabasen eller mere detaljerede redskaber såsom www.skolesundhed.dk kunne eventuelt anvendes i denne sammenhæng

3 Del 1 – Generelle indsatser

3.1 Projektdesign

I dette afsnit beskrives de aspekter af generelt forebyggende indsatser, der kan kaldes *projektdesign*. Ved projektdesign mener vi, i denne sammenhæng, de kommunale projekters (i) formål og målsætninger, (ii) deres målgruppe, (iii) i hvilke arenaer indsatsen foregår, (iv) hvilke aktører der var involveret, (v) hvilke kompetence projektet krævede, og endeligt (vi) hvor mange ressourcer der blev anvendt. Selve det metodiske indhold i projekterne er nærmere beskrevet i afsnit 3.3.

Det er således disse aspekter, der strukturerer kapitlet.

3.1.1 Om de afprøvede generelle indsatser

Der har som tidligere nævnt udelukkende foregået generelt forebyggende indsatser i kommunerne i to ud af de tre udmøntningsrunder. De tilsammen 20 kommuner[17] i 1. og 2. udmøntningsrunde har således gennemført indsatser målrettet alle børn og unge (i afgrænsede aldersgrupper) for at fremme hensigtsmæssig sundhedsadfærd og trivsel blandt disse.

Der er gennemført forskellige indsatser på tværs af de 20 kommuner, dog med flere fællestræk. Størstedelen af kommunerne har haft fokus på regulerende mekanismer i deres generelle indsats. Dette forstået på den måde, at indsatsen indeholdt ændringer på et strukturelt plan og således har haft fokus på at regulere faktorer i omgivelserne, der formodes at have en indvirkning på børnenes overvægt, såsom kost- og bevægelsespolitikker og handleplaner på skoler og institutioner (16 ud af 20 generelle indsatser har fokus på politikker o. lign).

De generelle indsatser havde typisk også de professionelle (i 15 ud af 20 kommuner) som målgruppe. Kommunerne havde i disse tilfælde fokuseret på at opkvalificere de professionelle til at sætte fokus på sundhedsfremmende tiltag. Derudover havde nogle projekter også forældre i fokus (seks ud af 20) enten via gennemførelse af hjemmebesøg eller kursusarrangementer/temaaftner for forældre.

Der har på tværs af kommuner været forskel på, hvor meget den generelle indsats ressourcemæssigt har fyldt i projektperioden. Nogle kommuner har opprioriteret den generelle indsats (fx Glostrup), mens andre i højere grad har haft den specifikke indsats (fx Vordingborg 2. udm.), som primære fokus.

Se også Tabel 5-1 i bilag, hvor der findes en oversigt over indholdet af de generelle indsatser.

[17] København indgår ikke i nærværende afrapportering, idet denne kommune ikke har afrapporteret på samme måde som de øvrige kommuner.

3.1.2 Målsætninger

I udmøntningen af puljen har der fra Sundhedsstyrelsens 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. Fx Body Mass Index (BMI), taljemål.
- *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 og fysisk aktivitet, øget trivsel, øget self-efficacy, ændret stage of change.
- *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 skolekantinen.

Med *proces* forstås, hvorvidt der i projektet er opstillet målsætninger om mere processuelle forhold, herunder følgende tre 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).
- *Mål for proces/organisering*, dvs. om projektet har været hensigtsmæssigt organiseret, har formået at rekruttere sin målgruppe og har etableret en velfungerende henvisningsstruktur mv.

Rambøll har gennemgået alle generelle projekter i forhold til disse typer målsætninger[18].

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 strategisammenhænge. SMART kan anvendes til at fastslå, hvorvidt projekterne har haft *præcise* succeskriterier for deres indsats.

[18] Målsætningerne for hvert kommunalt projekt fremgår af bilagene i de tre delrapporter: http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Kampagner_og_projekter/Kommunens_plan_mod_overvaegt/Evaluering.aspx

Tabel 3-1 – Projekternes målsætninger i forhold til SMART-kriterier

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Procesmålsætninger		Effektmålsætninger	
	Generel indsats	SMART-sikret	Generel indsats	SMART-sikret
1. Frederikshavn	+	÷	+	÷
1. Gladsaxe	+	+	+	+
1. Herlev	+	+	÷	+
1. Langeland	+	÷	÷	÷
1. Mariagerfjord	+	÷	+	÷
1. Odsherred	+	÷	÷	÷
1. Stevns	+	÷	+	÷
1. Varde	+	÷	+	÷
1. Vordingborg	+	÷	(+)	÷
1. Aarhus	+	÷	+	÷
2. Favrskov	+	÷	÷	÷
2. Faxe	+	÷	+	+
2. Glostrup	+	+	+	÷
2. Halsnæs	+	+	+	÷
2. Middelfart	+	÷	÷	÷
2. Norddjurs	+	÷	÷	÷
2. Sorø	+	÷	÷	÷
2. Syddjurs	÷	÷	+	÷
2. Vejle	+	÷	+	÷
2. Vordingborg	+	÷	÷	+
Antal	19	4	12	4
Procent	95 %	20 %	60 %	20 %

Kilde: Egenevalueringer og projektbeskrivelser
*) et + angiver, at målsætninger/SMART-sikring var til stede. Et ÷ angiver, at målsætning/SMART-sikring ikke var til stede i projektet.

Som det ses af ovenstående tabel 3-1, har størstedelen af kommunerne (95 pct.) haft procesmålsætninger for deres generelle indsatser, og i mindre grad effektmålsætninger (60 pct.).

Det er kun få kommuner (20 pct.), som opstillede SMART-sikrede målsætninger, og dermed har præcise succeskriterier for kommunernes indsatser generelt været manglende.

3.1.3 Målgruppen i de generelle indsatser

Målgrupperne i kommunernes generelle indsatser er karakteriseret ved at være bredere målgrupper end for de specifikke indsatser (se afsnit 4.1.4), hvilket stemmer overens med det generelt forebyggende sigte mod de generelle indsatser. Der er således tale om indsatser målrettet alle børn, uanset overvægtsproblematikker. Enten alle børn fra fødsel til det 18. år eller afgrænset til specifikke faser af børnenes liv, såsom førskolebørn, indskolingen eller andre faser (se specificering af aldersgrupper i Tabel 5-1 i bilag).

Det er endvidere karakteristisk for målgruppen i de generelle indsatser, at denne typisk ikke er den primære til at modtage en given indsats. Der er derimod ofte en indsatsgruppe (sekundær målgruppe) i form af professionelle eller forældre, som interveneres med henblik på en afsmittende effekt hos den primære målgruppe. Man kan således tale om, at målgruppen af børn og unge er slutmålgruppen, hvor forældre og professionelle som sekundær målgruppe er midlet til at nå målet.

Nedenfor ses målgrupperne i kommunernes generelle indsatser.

Tabel 3-2 – Projekternes målgruppe i de generelle indsatser

Kommuner	Målgruppe		
	Børn / unge	Professionelle	Forældre
1. Frederikshavn	+	+	÷
1. Gladsaxe	+	+	÷
1. Herlev	+	+	÷
1. Langeland	+	+	÷
1. Mariagerfjord	+	+	+
1. Odsherred	+	+	÷
1. Stevns	+	+	+
1. Varde	+	÷	÷
1. Vordingborg	+	÷	÷
1. Aarhus	+	+	+
2. Favrskov	+	÷	+
2. Faxe	+	+	+
2. Glostrup	+	+	÷
2. Halsnæs	+	+	÷
2. Middelfart	+	+	÷
2. Norddjurs	+	+	÷
2. Sorø	+	+	÷
2. Syddjurs	+	÷	÷
2. Vejle	+	÷	+
2. Vordingborg	+	+	÷
Antal	20	15	6
Procent	100 %	75 %	30 %

Kilde: Evalueringsskabeloner
*) et + angiver, at målgruppen var i fokus. Et ÷ angiver, at målgruppen ikke var i fokus i projektet.

Tabellen viser ikke overraskende, at alle projekter har haft børn og unge som målgruppe. Derudover har det primært været de professionelle (75 pct.), og i mindre grad forældrene (30 pct.), som har været i fokus for de generelle indsatser. Dette modsat de specifikke indsatser, som i højere grad også har haft forældrene som målgruppe (se afsnit 4.1.4).

3.1.4 Indsatsernes arenaer

Nedenfor ses en opgørelse over de arenaer, som de generelle indsatser primært er foregået i.

Tabel 3-3 - Primære arenaer for de generelle indsatser

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Arena: Daginstitution	Arena: Skole	Arena: Hjem	Arena: Fritidstilbud
1. Frederikshavn	÷*	+	÷	÷
1. Gladsaxe	+	+	÷	(+)
1. Herlev	+	+	÷	+
1. Langeland	÷	+	÷	(+)
1. Mariagerfjord	+	+	÷	+
1. Odsherred	+	+	÷	+
1. Stevns	+	÷	÷	÷
1. Varde	÷	+	÷	÷
1. Vordingborg	+	+	÷	÷
1. Aarhus	+	+	÷	÷
2. Favrskov	+	+	÷	÷
2. Faxe	(+)	(+)	+	÷
2. Glostrup	÷	+	+	÷
2. Halsnæs	÷	+	÷	+
2. Middelfart	+	+	÷	÷
2. Norddjurs	+	+	÷	+
2. Sorø	+	+	÷	÷
2. Syddjurs	÷	+	÷	÷
2. Vejle	÷	÷	+	÷
2. Vordingborg	÷	+	÷	÷
Antal	12	18	3	7
Procent	60 %	90 %	15 %	35 %

Kilde: Egenevalueringer
*) Et ÷ angiver, at arenaen ikke er anvendt. Et + angiver, at arenaen har været anvendt som primær arena for indsats. Et (+) angiver, at arenaen har været anvendt sekundært/i mindre grad.

Som det ses af tabellen, er arenaerne, hvori de generelle indsatser er gennemført, typisk skoler (90 pct.) og daginstitutioner (60 pct.). Således er de generelle indsatser på tværs af kommuner primært gennemført i offentligt regulerede arenaer.

Typisk har der i disse offentligt regulerede arenaer været fokus på strukturelle tiltag såsom udvikling og implementering af sundheds-, kost- og/eller bevægelsespolitikker og opkvalificering af de professionelle til at sætte øget fokus på sundhed i hverdagen (hvilket uddybes yderligere under afsnit 3.3.1).

På tværs af kommunerne er der gode erfaringer med skolen som arena (Favrskov, Halsnæs, Norddjurs, Sorø, Gladsaxe, Herlev, Langeland, Odsherred). Arenaen fremhæves som relevant at intervenere i, da den er karakteriseret af at have kontakt til målgruppen i en stor del af deres hverdag.

3.1.5 Aktører i projekterne

De generelle indsatser har ud over projektorganisationen (principale aktører) typisk involveret forskellige lokale (primært offentlige) aktører.

Principale aktører

Der har typisk været én overordnet projektleder for de kommunale projekter, men derudover har der (som det også fremgår af afsnit 3.2.1) ofte været delprojektgrupper, hvoraf én gruppe har forestået den generelle indsats.

Karakteren af de generelle indsatser gør generelt, at projektlederen ofte har haft en koordinerende rolle i disse indsatser. Det er endvidere karakteristisk, at det ofte også har været op til de enkelte involverede samarbejdspartnere i de generelle indsatser at udfolde projektet i praksis. Ikke mindst i forhold til udvikling og implementering af politikker lokalt i skoler og dagtilbud. Dermed har der ofte været tale om mange samarbejdsrelationer med andre aktører frem for arbejde udført direkte i projektgruppen.

Projektgruppens arbejde har i den forbindelse i højere grad været at opkvalificere og bistå de lokalt forankrede aktører i deres videreudvikling og implementering af aktiviteter.

Samarbejde med kommunale aktører

Kommunale aktører af forskellig art er den vægtigste samarbejdspartner på tværs af de generelle indsatser, som ofte har krævet samarbejde på tværs af den kommunale organisation.

Der kan skelnes mellem samarbejdsrelationer direkte internt i den kommunale forvaltning og samarbejdsrelationer mere lokalt på kommunale institutioner, såsom skoler og i dagtilbud. Begge typer samarbejdsrelationer fremhæves af projekterne at kræve ressourcer for at opbygge og bibeholde.

Samarbejdet internt i den kommunale forvaltning fremhæves af flere projekter som værende udfordrende og kræve en del tidsmæssige ressourcer (Glostrup m.fl.), og eksisterende tværgående netværk (Faxe m.fl.) og samarbejdsrelationer, som man kan bygge videre på, er i den forbindelse fordelagtige.

Konklusionen på tværs af flere kommuner er dog samtidigt, at de gennemførte aktiviteter i deres generelle indsatser har påvirket samarbejdet med involverede kommunale aktører positivt.

"Det har været en konstant udfordring i projektet at opbygge og bevare tillid tværfagligt, tværforvaltningsmæssigt og med eksterne samarbejdspartnere, da der har været mange forskellige interesser i projektet. Her giver den formaliserede projektorganisation gode muligheder for at eventuelle uoverensstemmelser afgøres på rette niveau, og med fokus på projektets mål og ressourcer, samt lovgivning mv."
(Glostrup, egenevaluering)

De involverede, lokalt forankrede kommunale aktører er ofte kendetegnet ved at have anden primær faglighed end sundhedsfaglighed, såsom pædagoger og lærere. Således fylder sundhedsplejen mindre i det samlede billede af de generelle indsatser på tværs af kommuner, end det gør sig gældende for de specifikke indsatser. Det er primært ifm. generelle indsatser indeholdende hjemmebesøg (Stevns, Glostrup, Faxe) eller monitorering af børnesundheden (Vordingborg 1.udm., Favrskov, Glostrup, Vejle), at sundhedsplejersker har været involveret.

Ud over at de involverede, lokale, kommunale aktører ofte har deltaget i opkvalificeringsaktiviteter (se afsnit 3.1.6), har der også været følgende opgavetyper:

- Udvikling og implementering af lokale kost- og/eller bevægelsespolitikker
- Tovholder på lokale aktiviteter målrettet børnene
- Varetagelse af sundhedsrelaterede opgaver lokalt (fx være sundhedsambassadører/sundhedsnøglepersoner)
- Monitoreringsopgaver

Samarbejdspartnere med en lokal forankring på skoler og institutioner med hertil hørende ledelsesniveauer og medarbejdere er en væsentlig aktørgruppe i de generelle indsatser. Til trods for at projekterne generelt rapporterer om gode erfaringer med generelle indsatser i denne arena, er erfaringen fra flere projekter, at samarbejdet med skoler og daginstitutioner kan være udfordrende (Frederikshavn, Gladsaxe, Herlev, Aarhus). Dette er ikke mindst på grund af, at det kræver ressourcer at sikre ejerskab til projekterne.

Organisatoriske udfordringer, såsom mange projektlederskift mv., har tilsyneladende også haft en indvirkning på ejerskabet hos de involverede skoler. Et projekt rapporterede, at der i udgangspunktet var en engageret og motiveret skolestab, men at det faldt fra hinanden grundet mange projektlederskift (Aalborg). Derudover fremhæver flere projekter (Herlev, Glostrup, Gladsaxe), at der ikke har været afsat ressourcer lokalt til aktørernes arbejde. Således fremstår vellykket involvering af skoler betinget af, at der afsættes ressourcer til at arbejde med projektet. Dertil kommer ledelsesopbakning lokalt, hvilket udfoldes i afsnit 3.2.1.

Der synes endvidere at være en tendens til, at de projekter, som har gode erfaringer med den lokale involvering og forankring, er projekter, som har karakter af bottom-up-tilgang til den generelle indsats (Langeland, Gladsaxe). Erfaringen på tværs er ikke overraskende, at oplevelsen af ejerskab til projektet hos de involverede aktører medvirker positivt på udbyttet af samarbejdet. Ejerskab er i flere tilfælde sikret ved at involvere de lokale aktører i udformningen af de lokale politikker og aktiviteter. I tråd hermed rapporterer andre projekter (Aarhus, Frederikshavn) en negativ konsekvens af at for meget top-down-styring og manglende frihed for de enkelte skoler og institutioner til at definere indsatsområder for den generelle indsats.

Disse fund er samtidigt centrale for den problematik, som beskrives i litteraturen omkring nøjagtighed (fidelitet) versus tilpasning (adaption) i forbindelse med implementeringen af forebyggelsesindsatser[19]. Der er en fin balance imellem at sikre, at effektive tiltag implementeres på bedste vis (så de fortsat er effektive), samtidig med at der sikres ejerskab hos de implementerende professionelle i deres lokale kontekst.

[19] Sundhedsstyrelsen (2010). *Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport.* Sundhedsstyrelsen, København. Se side 35 og 37.

Samarbejde med frivillige (og andre) aktører

På tværs af udmøntningsrunderne er der begrænsede erfaringer med samarbejde med frivillige og andre aktører, når det angår de generelle indsatser.

Enkelte projekter har samarbejdet med frivillige aktører, såsom idrætsforeninger (Favrskov, Herlev), i de generelle indsatser. Fokus for involvering har her typisk været på, at projekterne ønskede at etablere et tættere samarbejde med lokale idrætsforeninger og har således været af uformel karakter.

Derudover har andre projekter haft et samarbejde med andre aktører, såsom højskoler (Frederikshavn, Vordingborg), julemærkehjem (Gladsaxe), og styrelser, såsom Naturstyrelsen og Fødevarestyrelsen (Odsherred, Vordingborg, Syddjurs).

Alt i alt gør omfanget og belysningen af samarbejde med frivillige og andre aktører, at det ikke er muligt at konkludere yderligere her, hvad angår disse aktører. Samarbejdet med frivillige (og andre) aktører udfoldes yderligere i afsnit 0.

3.1.6 Kompetenceudvikling

Der har været gennemført kompetenceudviklingsaktiviteter i den generelle indsats i 15 ud af de 20 kommuner (se Tabel 5-4 i bilag).

Som nævnt i de enkelte delevalueringsrapporter, er det muligt at sondre mellem flere aspekter i fokus for kompetenceudviklingen på tværs af kommuner; dels målgruppen (i) og indholdet (ii) af kompetenceudviklingen.

Eksempler på formål med kompetenceudviklingen i den generelle indsats:

"- At deltagerne styrker deres fokus på sundhed i egen institutions daglige praksis.

- at deltagerne styrker deres kompetencer til at udvikle den daglige praksis med særlig fokus på sundhed.

De lokale sundhedsambassadører har som de enkelte institutioners kontakt- og ressourceperson for sundhed i kommunen et særligt ansvar for:

- at medvirke til at omsætte sundhedspolitikken i praksis.

- at medvirke til at motivere kolleger til at tænke sundhed ind i den daglige praksis

- at identificere behov for og medvirke til at tage initiativ til sundhedsfremmende og forebyggende indsatser"
(Favrskov, egenevaluering)

Vedrørende indholdet viser data, at kompetenceudviklingsaktiviteterne i de generelle indsatser ofte har haft fagpersoner, såsom skolelærere og/eller pædagoger i daginstitutioner, som målgruppe.

Indholdet af kompetenceudviklingen har ofte været målrettet en opkvalificering af disse til at varetage nye roller såsom sundhedsambassadører, sundhedsnøglepersoner eller sundhedspædagogiske medarbejdere i deres pågældende organisati-

on/institution (se tabel 5-3 i bilag om kompetenceudvikling). Varigheden af kompetenceudviklingsaktiviteter har i disse tilfælde været af flere dags varighed (2-7 dage).

Ud over at opkvalificere disse medarbejdere har der også i enkelte kommuner været fokus på, at kompetenceudviklingen skulle virke netværksdannende for de involverede faggrupper (Stevns, Aarhus).

Derudover er der også gennemført mere generelle temadage om sundhedsfremme mv., målrettet alle medarbejdere. Endvidere har nogle af kompetenceudviklingsaktiviteterne i de generelle indsatser også haft til formål at supplere aktiviteterne i kommunens specifikke indsats ved at sikre fokus og viden om projektet hos mulige rekrutterende faggrupper.

Evaluering af og opfølgning på kompetenceudviklingen

Som det også er karakteristisk for opkvalificeringen, hvad angår de specifikke indsatser (se afsnit 4.1.7), er der ikke gennemført opfølgning i de generelle indsatser, som kan belyse, hvorvidt de opkvalificerede medarbejdere har erhvervet sig de tiltænkte kompetencer, som har været i fokus for kompetenceudviklingen.

Enkelte kommuner gennemfører enkeltstående spørgeskemaundersøgelser blandt de deltagende medarbejdere (Mariager Fjord, Varde, Favrskov, Norddjurs). Endvidere undersøger enkelte kommuner medarbejdernes oplevelse af kompetenceudviklingen kvalitativt (Sorø). Der er positive tilbagemeldinger fra deltagerne i disse undersøgelser.

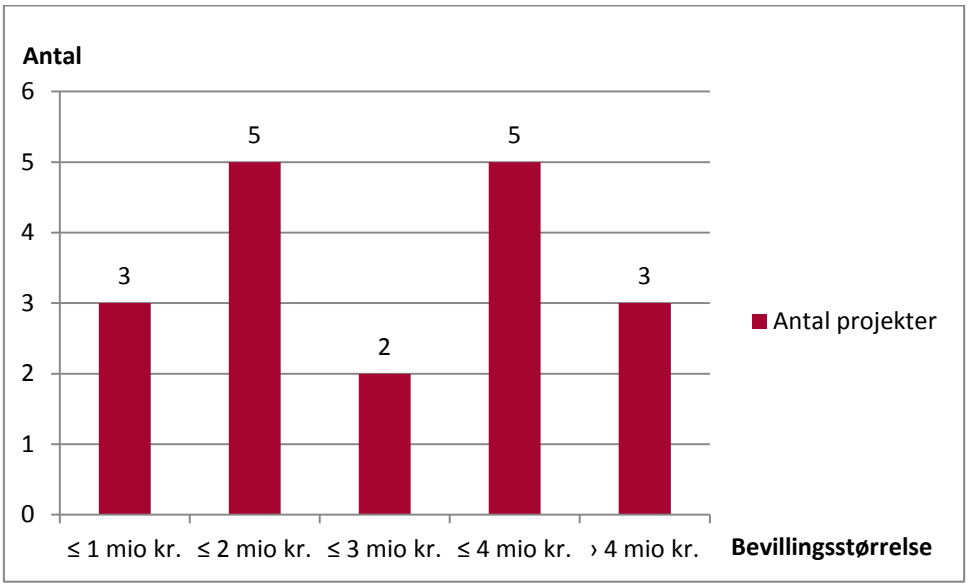
Tilbagemeldingerne til trods er det dog alt i alt meget svært at konkludere tværgående på resultater af den gennemførte kompetenceudvikling i de generelle indsatser. Det fremstår dog tydeligt, at der ikke har været tilstrækkelig evaluering af/systematisk fokus på, hvorvidt de involverede fagpersoner dels har opnået nye kompetencer, og dels om disse nye kompetencer i givet fald har stået mål med de tiltænkte nye roller.

3.1.7 Økonomiske ressourcer

Nærværende afsnit belyser de økonomiske ressourcer anvendt i de 20 projekter[20] med generelle indsatser (1. og 2. udmøntning). Af figur 3-1 ses det, at den gennemsnitlige bevilling per projekt indeholdende en generel indsats var 2.732.778 kr. Der var en betydelig variation i bevillingernes størrelse (de eksakte bevillinger fremgår af Tabel 5-10 i bilaget). Den mindste bevilling var under 1 mio., på 962.132 kr. (Glostrup), og den største var 4.530.830 kr. (Vejle).

[20] Data mangler for to af de 20 projekter og indgår derfor ikke i tabellen.

Figur 3-1 – Antal projekter med generel indsats og bevillingsstørrelse fra Sundhedsstyrelsen (n=18)



Kilde: Evalueringsskabeloner og SST-bevillingsopgørelse.

Det er de færreste projekter, som specifikt beskriver de økonomiske ressourcer anvendt i hhv. deres generelle og specifikke indsatser. Det er derfor svært at få et isoleret billede af ressourceforbruget i de generelle indsatser. For 1. og 2. udmøntning var der ingen krav fra Sundhedsstyrelsen til kommunerne om medfinansiering i projektet. Nogle kommuner har imidlertid selv bidraget med økonomiske midler eller medarbejderressourcer o. lign.

Enkelte projekter rapporterer dog ressourceforbruget, og nedenfor ses således eksempler på ressourceforbrug i den generelle indsats. Tallene er det direkte ressourceforbrug til den generelle indsats, og projektledelse mv. er således ikke inkluderet.

Tabel 3-4 – Eksempel på anvendte økonomiske ressourcer i den generelle indsats

Kommune	Kommunens medfinansiering (kr.)	SST-bevilling (kr.)
1. Vordingborg	÷	503.528
1. Aarhus[21]	692.300	675.000

Kilde: Egenevalueringer.

Alt i alt giver Tabel 3-4 eksempler på de økonomiske ressourcer, som er anvendt i de generelle indsatser, men idet ressourceforbruget i de generelle indsatser på tværs af projekter samlet set ikke lader sig isolerer, er det ikke muligt at konkludere yderligere vedr. de økonomiske ressourcer, som er anvendt heri.

[21] Projektet i Aarhus Kommune består af mange forskellige delprojekter, og det er således de samlede udgifter på tværs af disse, som er angivet her.

3.2 Organisering og forankring

I dette afsnit ser vi på tværs af kommunernes erfaringer med organisering og forankring af de generelle indsatser. Implementeringsforskningen peger på, at forhold vedrørende implementering af en given sundhedsfremmende indsats har stor betydning for indsatsens resultater. Derfor er der i denne tværgående evaluering fokus på forskellige forhold herved. Et væsentligt forhold er karakteristika ved den implementerende organisation, såsom projektets organisering og forankring[22].

Organisering handler om, hvor i den kommunale organisation kommunerne placerede deres projekter, og hvilken form for projektorganisation de etablerede.

Forankring omhandler, hvordan projekterne har arbejdet med at sikre, at projektets leverancer (arbejdsgange, produkter, regler mv.) er blevet udbredt og har fundet anvendelse uden for projektorganisationen og derfor kan videreføres efter projektperiodens ophør.

3.2.1 Organisering

Der er overordnet set mange fællestræk i kommunernes måde at organisere overvægtsprojekterne på med én projektleder, projektgruppe (evt. med delgrupper) og en styregruppe. Dette gælder for alle tre udmøntningsrunder – og på tværs af generelle og specifikke indsatser, som ofte har haft en fælles, overordnet projektorganisation. Dette afsnit sætter fokus på organisering og forankring af de generelle indsatser, gennemført i 20 ud af de i alt 30 kommuner[23].

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

Styregruppen var sammensat på tværs af forvaltninger og havde det overordnede ansvar for projektet.

Projektlederen var i 10 ud de 20 kommuner fastansat i kommunen. Dette dækker dog over en variation i udmøntningsrunder. I 2. udmøntning var syv ud af ti fastansat i kommunen – dette mod tre ud af ti kommuner i 1. udmøntning.

Typisk har der været en delprojektgruppe for de generelle indsatser (i 13 ud af 20 kommuner) (Se tabel 5-3 i bilag).

På tværs af de generelle indsatser varierer den basisorganisatoriske forankring af projekterne i den kommunale struktur en smule, dog med en overvægt forankret på det kommunale sundhedsområde (12 ud af 20). Derudover har enkelte kommuner haft en primær forankring på børne- og ungeområdet (fem kommuner) eller en tværgående forankring på tværs af forvaltninger (fire kommuner) (se Tabel 5-2 i bilag).

---

[22] Sundhedsstyrelsen (2010). *Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport.* Sundhedsstyrelsen, København. Se side 44 og 72.

[23] Se afsnit 4.1.2 for mere om organiseringen i relation til de specifikke indsatser.

Sammenholdes projekternes organisatoriske forankring (enten sundhedsforvaltningen, Børn- & Ungeforvaltningen eller tværgående) med, hvorvidt de generelle indsatser videreføres efter projektperiodens ophør (se tabel 4-3), er der ingen tendenser at finde i forhold til, hvilket område som fremstår mest succesfuldt for videreførelse.

3.2.2 Forankring

På tværs af de 20 generelle indsatser fremstår der nogle tendenser med betydning for, hvorvidt det er lykkedes med forankringen af disse i projektperioden.

Tværorganisatorisk forankring

Da de generelle indsatser som nævnt oftest havde deres udspring fra de kommunale sundhedsafdelinger, har der været behov for at samarbejde meget med andre afdelinger, såsom Børn- & Ungeforvaltningen, i forhold til at få involveret de lokale, kommunale aktører.

På tværs af kommunerne fremstår styregruppere repræsentation i projektet samt dennes aktive involvering særligt væsentlig for at sikre, at alle relevante kommunale niveauer involveres. Samtlige projekter i 1. og 2. udmøntning har gjort brug af styregrupper som en tværorganisatorisk forankringsmodel (hvilket de også blev opfordret af SST til at gøre).

Forankring af projektet i en velfungerende styregruppe (med relevante ledelsesrepræsentanter) fremstår på tværs af projekter som vigtig, for at projektet prioriteres på tværs af den kommunale organisation. Størstedelen af projekterne angiver at have haft velfungerende styregrupper (se Tabel 3-5). Igen ses der dog en forskel mellem de to udmøntningsrunder, hvor der i højere grad i 2. udmøntning var en velfungerende styregruppe end i 1. udmøntning.

Tabel 3-5 – Styregruppens funktion

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Velfungerende styre-gruppe	
	Ja	Nej
1. Frederikshavn	+	÷
1. Gladsaxe	÷	+
1. Herlev	+	÷
1. Langeland	+	÷
1. Mariagerfjord	+	÷
1. Odsherred	÷	+
1. Stevns	÷	+
1. Varde	÷	+
1. Vordingborg	+	÷
1. Aarhus	+	÷
2. Favrskov	÷	+
2. Faxe	+	÷
2. Glostrup	+	÷
2. Halsnæs	+	÷
2. Middelfart	+	÷
2. Norddjurs	+	÷
2. Sorø	+	÷
2. Syddjurs	+	÷
2. Vejle	+	÷
2. Vordingborg	+	÷
Antal	15	5
Procent	75 %	25 %

Kilde: Evalueringsskabeloner.
*) et + angiver, at styregruppen fungerede. Et ÷ angiver, at styregruppen ikke fungerede i projektet.

Sammenholdes styregruppens funktion i praksis med, hvorvidt de generelle indsatser er blevet videreført, er en overvejende tendens, at størstedelen af videreførte generelle indsatser havde velfungerende styregrupper – dette modsat størstedelen af de ikke-videreførte indsatser, der havde ikke-fungerende styregrupper (se tabel 3-7).

Ledelsesopbakning

Implementeringsforskning peger på, at ledelsesmæssig opbakning er en central faktor for succesfuld forankring og videreførelse[24]. Der er et skel mellem projekterne i 1. og 2. udmøntning i forhold til oplevelsen af ledelsesopbakning i den primære organisation (se Tabel 3-6). Flere projekter i 1. udmøntning end i 2. udmøntning udtrykker, at ledelsesopbakningen ikke har været optimal. En forklaring, som går igen blandt disse kommuner, er, at kommunesammenlægningerne har optaget ledernes tid og er således skyld i, at projektet har haft mindre opmærksomhed.

[24] 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.

Tabel 3-6 – Ledelsesopbakning

Kommuner ved 1. og 2. udmøntning	God ledelsesopbakning i primær organisation	God ledelsesopbakning blandt væsentlige samarbejdspartnere
1. Frederikshavn	+*	÷
1. Gladsaxe	+	+
1. Herlev	+	+
1. Langeland	+	+
1. Mariagerfjord	÷	+
1. Odsherred	÷	+
1. Stevns	÷	÷
1. Varde	÷	÷
1. Vordingborg	÷	+
1. Aarhus	+	+
2. Favrskov	+	+
2. Faxe	+	÷
2. Glostrup	+	+
2. Halsnæs	+	+
2. Middelfart	+	÷
2. Norddjurs	+	+
2. Sorø	+	÷
2. Syddjurs	+	+
2. Vejle	+	+
2. Vordingborg	+	+
Antal	15	14
Procent	75 %	70 %

*) et plus (+) angiver, at ledelsesopbakning har været til stede og et minus (÷) i tabellen angiver mangelfuld opbakning til projektet.
Kilde: Evalueringsskabeloner og projektlederinterview

Ledelsesopbakning på alle niveauer – også hos væsentlige samarbejdspartnere – fremstår særligt vigtigt for gennemførelsen af generelle indsatser og fremhæves af mange projekter. At sikre et velfungerende samarbejde med eksempelvis lokale ledelser på skoler og institutioner fremstår væsentligt, da den lokale modtagelse af den pågældende indsats har betydning for, hvordan indsatsen forankres her, og i sidste ende indsatsens mulighed for at blive implementeret i den lokale praksis.

Som det ses af ovennævnte, er der mere variation på tværs af udmøntningsrunderne, i forhold til hvorvidt det er lykkedes med god (ledelses)opbakning fra samarbejdspartnere til projektet.

Sammenholdes projekter med god opbakning fra ledelsesniveauerne (Tabel 3-6), både i den primære organisation og i forhold til samarbejdspartnere, med, hvorvidt den generelle indsats implementeres og videreføres ved projektperiodens ophør (Tabel 3-7), ses en tendens til, at projekter, hvor ledelsesniveauerne aktivt bakker op om projektet, i højere grad videreføres. På tværs af de tyve projekter er der en tendens til, at der har været problemer med opbakningen i samtlige projekter, som

ikke videreføres efter projektperioden. I to af disse (Stevns og Varde) er det både ledelsesopbakning i den primære organisation og fra væsentlige samarbejdspartnere, som har været mangelfuld.

Videreførelse efter projektperiodens ophør

Tabellen nedenfor giver en oversigt over indsatser, der er videreført efter projektets ophør. Som det ses, videreføres størstedelen af de generelle indsatser enten fuldt eller delvist (70 pct.). 30 pct. videreføres ikke umiddelbart (inkl. de to projekter, hvor data mangler).

Tabel 3-7– Generelle indsatser, der er videreført efter projektperiodens ophør

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Projektet videreføres i drift			
	Ja	Nej	Delvis	Vides ikke
1. Frederikshavn		+*		
1. Gladsaxe	+			
1. Herlev			+	
1. Langeland	+			
1. Mariagerfjord				+
1. Odsherred		+		
1. Stevns		+		
1. Varde		+		
1. Vordingborg			+	
1. Aarhus			+	
2. Favrskov	+			
2. Faxe			+	
2. Glostrup	+			
2. Halsnæs			+	
2. Middelfart			+	
2. Norddjurs				+
2. Sorø			+	
2. Syddjurs	+			
2. Vejle	+			
2. Vordingborg	+			
Antal	7	4	7	2
Procent	35 %	20 %	35 %	10 %

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews.
*) et + angiver det forhold som gør sig gældende om projektets videreførelse.

Sammenholdt med, hvilke typer indsatser der er tale om, er der ikke klare tendenser at finde. Størstedelen af de videreførte projekter indeholder strukturelle tiltag såsom politikker eller handleplaner. Det er dog interessant at se, at tre ud af fem projekter, der primært arbejder med kognitivt intervenerende mekanismer gennem opkvalificering af forældre og/eller professionelle er blevet videreført. Det ses således, at det ikke udelukkende er indsatser med strukturelt indhold, som prioriteres videreført efter projektperioden.

3.3 Indsats og opfølgning

I dette afsnit ser vi nærmere på selve indholdet i de generelt forebyggende indsatser. Afsnittet vil således fokusere på (i) metoder og mekanismer i selve indsatsen, (ii) opfølgningspraksis og (iii) praksis for, hvordan deltagerne blev fastholdt i indsatsen.

Indledningsvist vil vi definere og afgrænse de anvendte begreber.

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 børns 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 udmøntningsprojekterne: (i) kognitivt intervenerende, (ii) fysisk intervenerende og (iii) regulerende.

(i) Med *kognitivt intervenerende* 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.

(ii) Med *fysisk intervenerende* menes, at børnene deltager aktivt og udfører reelle aktiviteter (eksempelvis madlavning eller motion) i stedet for udelukkende at modtage undervisning/information.

(iii) Interventioner med et *regulerende* aspekt indeholder ændringer på et strukturelt plan og regulerer faktorer i omverdenen, der formodes at have en indvirkning på børnenes overvægt, eksempelvis kostpolitikker, sundhedshandleplaner mv.

Opfølgning: Hermed forstås dels praksis for at følge op på delmål undervejs i indsatsen, og dels hvorledes der følges op på deltagerne, efter indsatsen er ophørt.

Fastholdelse: Hermed forstås, hvorvidt der gennemførtes aktiviteter i løbet af indsatsen for at sikre fastholdelse (og dermed reducere frafaldsraten) af deltagere.

3.3.1 Metoder og mekanismer

Som det ses i Tabel 3-8, har størstedelen af kommunerne gjort brug af regulerende mekanismer i deres generelle indsats, samtidig med at de har bragt forskellige me-

kanismer og metoder i spil, både indirekte og direkte, såsom opkvalificering af fagfolk og/eller aktiviteter for børn og unge i fokus for den generelle indsats.

Således havde 17 ud af 20 generelle indsatser (84 pct.) 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.

Enkelte generelle indsatser adskiller sig ved ikke at have anvendt regulerende mekanismer. I disse indsatser er de primære aktiviteter i stedet indirekte metoder såsom opkvalificering af forældre (via hjemmebesøg) eller professionelle, med henblik på at disse i sidste ende har bedre forudsætninger for at præge deres børn eller dagtilbuds/skolens børn i en sundere retning.

Tabel 3-8 – Metoder og mekanismer i de generelle indsatser

Kommune	Fokus		Mekanismer			Metode	
	Fysisk aktivitet	Kost	Fysisk intervenerende	Kognitiv intervenerende	Regulerende	Indirekte	Direkte
1. Frederikshavn	+*	+	+	+	÷	+	+
1. Gladsaxe	+	+	÷	+	+	+	÷
1. Herlev	+	+	÷	+	+	+	÷
1. Langeland	+	+	+	÷	+	+	+
1. Mariagerfjord	+	+	+	+	+	+	+
1. Odsherred	+	+	+	+	+	+	+
1. Stevns	+	+	÷	+	+	+	÷
1. Varde	+	+	÷	+	+	+	÷
1. Vordingborg	+	+	+	+	+	+	+
1. Aarhus	+	+	÷	+	+	+	+
2. Favrskov	+	+	+	+	+	+	+
2. Faxe	+	+	÷	+	+	+	÷
2. Glostrup	+	+	÷	+	÷	+	+
2. Halsnæs	+	+	+	+	+	+	+
2. Middelfart	+	+	÷	+	+	+	+
2. Norddjurs	+	+	+	+	+	+	+
2. Sorø	+	+	+	+	+	+	+
2. Syddjurs	+	+	+	+	+	+	+
2. Vejle	+	+	÷	+	÷	+	÷
2. Vordingborg	+	+	+	+	+	÷	+
Antal	20	20	11	19	17	19	14
Procent	100 %	100 %	55 %	95 %	85 %	95 %	70 %

Kilde: Projektbeskrivelser og projekternes egenevalueringer. *) et + angiver det forhold som gør sig gældende om projekternes metoder og mekanimser. Et ÷ angiver, at forholdet ikke var til stede.

Størstedelen af de generelle indsatser (14 ud af 20, 70 pct.) har på forskellig vis iværksat opkvalificering af fagpersonale på fx skoler og dagtilbud i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse. Der er endvidere foregået systematisk forældre-inddragelse i fem af de generelle indsatser.

Det er et positivt fund, at kommunernes anvendte mekanismer og metoder i de generelle indsatser vægter regulerende mekanismer i deres indsats. Dette stemmer endvidere overens med de nyeste fund i litteraturen på området. Det nyeste Cochrane-review, med fokus på succesfulde interventioner til at bekæmpe overvægt (obesity) hos børn, fremhæver netop sådanne strukturelle indsatser som lovende tiltag. Særligt fremhæves kost- og motionspolitikker på skoler og et øget antal ugentlige idrætstimer som potentielt virkningsfulde. Endvidere peger litteraturen på, at der også er en gavnlig virkning af at opkvalificere og udvikle de professionelles kompetencer inden for sundhedsfremme[25].

3.3.2 Varighed

Det er generelt meget få kommuner, der konkretiserer varigheden af de generelle indsatser (se Tabel 3-9). Ofte er der foregået aktiviteter gennem hele projektperioden med varierende kadence lokalt på de enkelte skoler og dagtilbud.

Enkelte projekter har gennemført forældrekurser og hjemmebesøg som deres generelle indsats, og for disse kan man derfor i højere grad tale om en afgrænset varighed.

Tabel 3-9 – Varighed – generelle indsatser

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Varighed
1. Frederikshavn	Data mangler.
1. Gladsaxe	Data mangler.
1. Herlev	Data mangler.
1. Langeland	Data mangler.
1. Mariagerfjord	Data mangler.
1. Odsherred	Data mangler.
1. Stevns	Et hjemmebesøg (ikke yderligere specificeret).
1. Varde	Kursusforløb af fire gange for professionelle.
1. Vordingborg	2½-års besøg (Et besøg tog typisk mellem 1½-2 timer). Øvrige aktiviteter ikke yderligere specificerede.
1. Aarhus	Data mangler.

[25] Waters E, Silva-Sanigorski Ad, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Varighed
2. Favrskov	7-dages modulopbygget uddannelse til sundhedsambassadør. Øvrige aktiviteter ikke yderligere specificerede.
2. Faxe	Data mangler.
2. Glostrup	Data mangler.
2. Halsnæs	Data mangler.
2. Middelfart	Data mangler.
2. Norddjurs	Fire uddannelsesdage for professionelle á seks timer. Øvrige aktiviteter ikke yderligere specificerede.
2. Sorø	Data mangler.
2. Syddjurs	Halvårlige temadage for sundhedsambassadører.
2. Vejle	Data mangler
2. Vordingborg	Data mangler

Kilde: Egenevalueringer.

3.4 Evaluering og effekter

Evalueringen af forebyggelsesindsatser kan rette sig mod forskellige dele af disse, både struktur, indsats, proces og effekt. I nærværende afsnit belyses først evalueringsdesignet for de generelle indsatser, som kommunerne igangsatte på tværs af udmøntningsrunderne, og dernæst hvilke effekter der i givet fald blev belyst på tværs af indsatserne.

3.4.1 Evalueringsdesign

Figuren nedenfor viser, hvilke evalueringsdesign som er anvendt i evalueringen af de generelle indsatser.

Tabel 3-10 Evalueringsdesign

Kommuner ved 1. og 2. udmøntning	Fokus på effekter	Evalueringsdesign
1. Frederikshavn	+*	Effekt- og procesevaluering
1. Gladsaxe	÷	Procesevaluering
1. Herlev	÷	Procesevaluering
1. Langeland	÷	Procesevaluering
1. Mariagerfjord	÷	Procesevaluering
1. Odsherred	÷	*Ingen evaluering*
1. Stevns	÷	Procesevaluering
1. Varde	÷	Procesevaluering
1. Vordingborg	÷	Procesevaluering (monitorering)
1. Aarhus	÷	Procesevaluering
2. Favrskov	÷	Procesevaluering (monitorering)
2. Faxe	÷	Procesevaluering
2. Glostrup	+	Effekt- og procesevaluering (monitorering)
2. Halsnæs	÷	Procesevaluering

2. Middelfart	÷	*Ingen evaluering*
2. Norddjurs	÷	Procesevaluering
2. Sorø	÷	Procesevaluering
2. Syddjurs	÷	Procesevaluering
2. Vejle	÷	Procesevaluering (monitorering)
2. Vordingborg	÷	*Ingen evaluering*
Antal	2	
Procent	10 %	

Kilde: Egenevalueringer.
*) et + angiver, at der har været fokus på at opgøre effekt af den generelle indsats, et ÷ angiver, at det omvendt ikke var i fokus

Tabellen viser, at der overordnet set har været mindre fokus på effekt-evaluering af de generelle indsatser (10 pct.). Enkelte kommuner har således søgt at måle ændringer i målgruppen ud fra før- og eftermålinger. Der er i disse tilfælde både tale om effekter på kort sigt, såsom ændringer i kost- og motionsvaner, og effekter på længere sigt, såsom BMI og kondital.

Dermed adskiller evalueringsdesignet for de generelle indsatser sig fra de specifikke indsatser ved i mindre grad at have fokus på effekter af indsatsen (se Tabel 5-5 i bilag).

3.4.2 Effekter

Således har størstedelen af kommunerne i evalueringen af de generelle indsatser ikke forsøgt at opgøre effekter af deres indsats, hvilket også er en vanskelig opgave. I stedet har de primært haft fokus på processer og outputs i form af antal deltagere i arrangementer, gennemførselsprocenter for videreuddannelse af personale, antal indførte politikker på skoler og institutioner osv.

Fokuseres der på de strukturelle indsatser, såsom indførte politikker, ses det af Tabel 3-11, at 7 ud af 16 kommuner med strukturelle indsatser på forskellig vis har opgjort outputs i deres generelle indsats.

Tabel 3-11 – Output-opgørelse (vedr. strukturelle tiltag)

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Output-opgørelser
1. Frederikshavn	*Strukturelle tiltag ikke i fokus.*
1. Gladsaxe	Antal: 20 ud af 27 institutioner har besvaret spørgeskema. 40 % besvarer, at have nået alle selv-definerede mål, og 60 % har nået nogle af målene. Resultatet siger alene noget om, hvordan det er lykkedes institutionen at leve op til egen målsætning, og ikke noget om hvordan status på området er.
1. Herlev	Ingen skoler har udarbejdet en sundhedshandleplan. 10 ud af de 25 daginstitutioner i Herlev Kommune har udarbejdet en sundhedshandleplan. Der er ikke udarbejdet sundhedshandleplaner i regi af dagplejegruppen eller klubberne.

<table>
<tr><td>1. Langeland</td><td>Data mangler.</td></tr>
<tr><td>1. Mariagerfjord</td><td>Data mangler.</td></tr>
<tr><td>1. Odsherred</td><td>Data mangler.</td></tr>
<tr><td>1. Stevns</td><td>Alle børnehaver og dagplejen har formuleret en kostpolitik.</td></tr>
<tr><td>1. Varde</td><td>Sundhedspolitikker (handleplaner) er lavet i fem ud af de ti deltagende skoler.</td></tr>
<tr><td>1. Vordingborg</td><td>Data mangler.</td></tr>
<tr><td>1. Aarhus</td><td>"Samtlige 51 folkeskoler og 71 dagtilbud i kommunen skal udarbejde lokale handleplaner for, hvordan skoler, SFO og dagtilbud vil arbejde med og udmønte indsatser inden for områderne kost og bevægelse."
Dette mål er nået, og der er gennemført specifik analyse af de 51 handleplaner på skoleområdet, som viser, at implementeringsprocessen har afstedkommet en række fremadrettede, sundhedsfremmende initiativer og aktiviteter.</td></tr>
<tr><td>2. Favrskov</td><td>Data mangler.</td></tr>
<tr><td>2. Faxe</td><td>Data mangler.</td></tr>
<tr><td>2. Glostrup</td><td>Strukturelle tiltag ikke i fokus.</td></tr>
<tr><td>2. Halsnæs</td><td>Sundhedstegnet har været gennemført på 4 skoler, 3 SFO'er og en klub i Halsnæs Kommune.</td></tr>
<tr><td>2. Middelfart</td><td>8 ud af Middelfarts 15 skoler har udarbejdet kostpolitik og 5 har udarbejdet bevægelsespolitik (disse fem har også kostpolitik).
Der er 25 dagtilbud i Middelfart Kommune, heraf har alle 25 udviklet en kostpolitik, og 11 har bevægelsespolitik.</td></tr>
<tr><td>2. Norddjurs</td><td>Ej opgjort.</td></tr>
<tr><td>2. Sorø</td><td>Ej opgjort.</td></tr>
<tr><td>2. Syddjurs</td><td>16 skoler med sundhedsambassadører (2008)
12 skoler (2010)
24 dagtilbud med sundhedsambassadører (2008, 2010)
Samtlige dagtilbud har udfyldt registreringer i 2008 og 2010. hhv. 14 og 10 skoler udfyldt i 2008 og 2010.
<table>
<tr><td>Politikker på dagtilbud/skoler</td><td>2008 (n = 28)</td><td>2010 (n = 34)</td></tr>
<tr><td>Madpolitik</td><td>88 %</td><td>96 %</td></tr>
<tr><td>Kostpolitik</td><td>32 %</td><td>67 %</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2. Vejle</td><td>Strukturelle tiltag ikke i fokus.</td></tr>
<tr><td>2. Vordingborg</td><td>Data mangler.</td></tr>
</table>

Kilde: Egenevalueringer.

Flere kommuner har endvidere igangsat monitorering i forbindelse med deres generelle indsats og forventer derfor fremadrettet at kunne vurdere effekter af igangsatte strukturelle tiltag (Vordingborg (1.), Favrskov, Glostrup, Vejle).

Alt i alt er der ikke tilgængeligt data til at vurdere de generelle indsatsers effekter tværgående. Dog sandsynliggør projekternes brug af succesfulde metoder og mekanismer (jf. afsnit 3.3.1), at indsatserne har potentiale for at virke[26]. Effekter af generelle indsatser er generelt svære at måle, og litteraturen peger også på, at de identificerede succesfulde indsatser (se afsnit 3.3.1) er komponenter i en samlet

[26] Waters E, Silva-Sanigorski Ad, Hall BJ, Brown T, Campbell KJ, Gao Y, Armstrong R, Prosser L, Summerbell CD. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2011*

indsats, hvor det ikke er muligt at skelne mellem, hvilke komponenter som har bidraget mest til de observerede effekter.

3.4.3 Sammenhæng mellem design og effekter

Evalueringsdesignet for de generelle indsatser gør, at det ikke er muligt at evaluere tværgående på effekter af disse.

Den monitorering, som foregår blandt sundhedsplejersker i før-skole og skoleregi, fremstår dog relevant at anvende fremadrettet for at belyse, hvorvidt mere strukturelle tiltag lokalt på skoler og institutioner synes at bære frugt.

3.5 Delkonklusion

Der er gennemført forskellige indsatser på tværs af de 20 kommuner i fokus for nærværende evaluering. Et fællestræk er, at størstedelen af kommunerne i deres indsats har søgt at lave ændringer på et strukturelt plan (politikker mv.) for at regulere faktorer med indvirkning på børn og unges sundhed i hverdagen.

Hvad angår de generelle indsatsers *projektdesign* og herunder projekternes formål og målsætninger, er det fundet på tværs af puljeprojekterne, at der har været opstillet målsætninger for alle indsatser. Målene har dog ikke været SMART-sikrede og fremstår således ikke præcise nok til at kunne være styrende for indsatsen.

Målgruppen for indsats har for alle projekter i sidste ende været børn og unge generelt (inden for forskellige aldersafgrænsninger), men samtidig har en anden væsentlig målgruppe for projekterne (og flere projekters primære indsatsgruppe) været de professionelle, som typisk er blevet opkvalificeret til at varetage sundhedsopgaver målrettet børnene. Endvidere har enkelte projekter haft forældre som målgruppe.

På tværs af de generelle indsatsers arenaer ses det, at der i højere grad end for de specifikke indsatser er tale om indsatser i offentligt regulerede arenaer, såsom skole og dagtilbud. Skoler fremstår som en relevant arena at intervenere i med generelt forebyggende indsatser (også set i relation til, at sundhedsplejersker er til stede i denne arena). Fundet på tværs er dog, at det er væsentligt at sikre ejerskab lokalt, for at indsatsen i denne arena skal lykkes. Der ses en tendens til, at de projekter, som har gode erfaringer med den lokale involvering og forankring, er projekter, som har karakter af en bottom-up-tilgang til den generelle indsats. Endvidere fremstår en vellykket involvering af skoler og dagtilbud betinget af, at der afsættes ressourcer hos de lokalt forankrede aktører til at arbejde med projektet.

Det har typisk været forskellige, primært kommunale aktører, der har involveret i de generelle indsatser. Herunder ofte lokalt forankrede, kommunale aktører på skoler og dagtilbud. Modsat de specifikke indsatser, hvor sundhedsplejen er den væsentligste aktørgruppe, er det i højere grad også pædagoger og lærere, og dermed ikke-sundhedsfaglige professioner, som har været inddraget i projektet.

Der har været fokus på kompetenceudvikling i størstedelen af de generelle indsatser. På tværs af projekter har en væsentlig aktivitet været at opkvalificere ovennævnte, ikke-sundhedsfaglige professionelle til at sætte fokus på sundhed i den arena, hvori de arbejder med børn og unge. På baggrund af kommunernes evalueringer er der dog ikke opgjort resultater vedr. kompetenceudviklingen. Det er såle-

des ikke muligt at konkludere, hvorvidt de opkvalificerede medarbejdere har erhvervet sig de tiltænkte kompetencer, som er i fokus for kompetenceudviklingen.

Ressourceforbruget i de generelle indsatser har ikke haft specifikt fokus på projekternes afrapportering. De færreste kommuner har angivet ressourceforbrug på den generelle indsats, og det er derfor ikke muligt at konkludere på de økonomiske ressourcer anvendt i de generelle indsatser på tværs.

Hvad angår de organisatoriske forhold i de generelle indsatser, er der, ud over en lignende, basisorganisatorisk struktur på tværs med en projektleder, en projektgruppe (eller flere delprojektgrupper) og en styregruppe, flere fastansatte projektledere i projekterne i 2. udmøntning i forhold til projekterne i 1. udmøntning.

Forankring af projektet i en velfungerende styregruppe (med relevante ledelsesrepræsentanter) fremstår på tværs af projekter som vigtigt for, at projektet prioriteres på tværs af den kommunale organisation. Når styregruppens funktion sammenholdes med, hvorvidt de generelle indsatser er blevet videreført, er der en overvejende tendens til, at de videreførte, generelle indsatser havde velfungerende styregrupper.

Desuden fremstår ledelsesopbakning, både i og til selve projektorganisationen men også hos relevante samarbejdspartnere, som centralt for at sikre både fremdrift, ejerskab og forankring. Sammenholdt med, hvorvidt projekterne videreføres, er det i højere grad projekter med ledelsesopbakning, som videreføres, end projekter hvor opbakningen har manglet. Opbakning fra samarbejdspartnere fremstår særligt relevant for de generelle indsatser, som ofte uddelegeres til at blive gennemført af lokale aktører i skoler og dagtilbud, hvor den lokale modtagelse således har betydning for indsatsens lokale forankring og mulighed for at blive implementeret i praksis.

Den videre implementering og forankring af de generelle indsatser fremstår vellykket for størstedelen af de involverede kommuner. 70 pct. af de generelle indsatser er enten blevet fuldt eller delvist videreført.

Evaluering af effekten af de generelle indsatser har på tværs af kommuner haft begrænset fokus. Projekterne har i højere grad opgjort outputs, såsom antal skoler og dagtilbud, som har indført politikker mv. Størstedelen af projekterne har således ikke forsøgt at opgøre effekter af deres generelle indsats, og det er således ikke muligt at vurdere, om indsatserne har virket efter hensigten eller ej. Det er dog et positivt fund, at der i flere kommuner er etableret monitorering, som på sigt kan sætte øget fokus på overvægtsproblematikker.

Slutteligt er det væsentligt at fremhæve, at de generelle indsatser på tværs af kommuner i høj grad har anvendt regulerende mekanismer i deres indsats. Dette er i god tråd med litteraturen på området, hvor strukturelle indsatser netop fremhæves som lovende, effektive tiltag i bekæmpelsen af overvægt blandt børn og unge. Til trods for at projekterne på tværs således ikke har påvist effekter i sig selv, sandsynliggør deres valg af indsatsmekanismer en potentiel gavnlig virkning af indsatsen, såfremt den lykkes i sin gennemførelse.

4 Del 2 – Specifikke indsatser

4.1 Projektdesign

I dette afsnit beskrives de aspekter af kommunernes specifikt forebyggende indsatser, der kan kaldes *projektdesign*. Ved projektdesign menes i denne sammenhæng de kommunale projekters (i) formål og målsætninger, (ii) deres målgruppe, (iii) i hvilke arenaer indsatsen foregår, (iv) hvilke aktører der var involveret, (v) hvilke kompetence projektet krævede, og endeligt (vi) hvor mange ressourcer der blev anvendt.

Det er disse aspekter, der strukturerer afsnittet.

4.1.1 Om de afprøvede specifikke indsatser

I alt har 30 kommuner i nærværende pulje gennemført specifikke indsatser. Idet nogle kommuner har gennemført og evalueret delindsatser i deres specifikke indsats, kan der skelnes mellem i alt 42 specifikke indsatser, fordelt på de 30 kommunale projekter[27]. Alle har haft fokus på at gennemføre indsatser, målrettet en afgrænset (overvægtig eller i risiko for overvægt) målgruppe af børn og unge (se Tabel 5-6 i bilag for en oversigt over kommunernes specifikke indsatser).

Projekterne har i deres specifikke indsatser sat fokus på både fysiske og kognitivt intervenerende mekanismer for at reducere overvægt og mobilisere ressourcer hos de involverede børn og unge. Ofte er motions- og madlavningsaktiviteter (fysisk intervenerende) kombineret med individuelle (eller gruppebaserede) samtaleforløb med børn og/eller forældre (kognitivt intervenerende).

På tværs af puljen har der i høj grad været fokuseret på at inddrage familien (forældre inddrages aktivt i 28 ud af 42 indsatser) (se QCA-datasæt). I forlængelse heraf har hjemmet været en væsentlig indsatsarena for de specifikke indsatser. Der er dog samtidigt også foregået meget i skole- og fritidsregi på tværs af kommuner.

På tværs af udmøntningerne fremstår de specifikke indsatser som de ressourcemæssigt vægtigste i projekterne i forhold til de generelle indsatser, idet der har været tale om relativt intensive indsatser, målrettet en antalsmæssigt mindre gruppe børn. Deltagerantallet (for de som har gennemført hele den specifikke indsats) varierer således på tværs af kommuner mellem 15 og 200 børn (se Tabel 5-8 i bilag).

4.1.2 Organisering

Som nævnt i afsnit 3.2.1, er der mange fællestræk i kommunernes måde at organisere overvægtsprojekterne på med én projektleder, en projektgruppe (evt. med delgrupper) og en styregruppe.

[27] Når der fremadrettet skrives specifikke indsatser, er det således de 42 indsatser, fordelt på 30 kommuner, der er i fokus.

Der har været én projektleder i samtlige 30 kommuner, som har haft det overordnede ansvar for styringen af kommunens projekt (både generelle og specifikke indsatser). I enkelte kommuner var rollen fordelt på to personer. Endvidere har nogle projekter, særligt i 3. udmøntning, gjort brug af et mellemliggende led mellem projektgruppe og projektleder i form af en projektkoordinator. Dette har til gengæld betydet, at projektlederen havde færre timer på projektet i 3. udmøntning end i de andre udmøntninger. Eksempelvis havde otte ud af 10 projektledere mere end 20 t/uge i projektperioden i 1. udmøntning, og dette mod kun fem ud af 10 med mere end 20 timer i 3. udmøntning.

Dette hænger formentlig også sammen med, at der i højere grad har været fokus på at bruge fastansatte som projektledere i de senere udmøntninger. Således ses en variation i udmøntningsrunderne: I 1. udmøntning var tre ud af 10 projektledere fastansatte i kommunen. Andelen var højere i 2. og 3. udmøntning, hvor hhv. syv ud af 10 kommuner (2. udmøntning) og ni ud af 10 kommuner (3. udmøntning) var fastansatte. Dermed har flere projektledere også skulle varetage driftsopgaver sideløbende med projektet.

På tværs af projekterne er der gode erfaringer med fastansatte medarbejdere i projektet. I nedenstående tabel sammenfattes de væsentligste fordele og ulemper ved brugen af fastansatte.

Tabel 4-1 – Betydningen af fastansatte medarbejdere i projektet

Betydning af fastansættelser i projektet	Fordele	Ulemper
	Kendskab til det kommunale system (organisation og arbejdsgange). Eksisterende netværk i kommunen. Viden om, hvad der foregår andre steder i organisationen. Muliggør i højere grad end projektansættelse forankring fra start Viden fra projektet beholdes i organisationen efter endt projektperiode. Kompetenceudvikling bibeholdes.	Udfordring at skulle varetage både projektopgaver og øvrige (drifts-) opgaver. Projektmedarbejdere, som både er en del af projektet og driften, kan være udfordret af at fastholde og respektere adskillelsen mellem projektledelse og driftsledelse. Der kan være udfordringer i, at en fastansat i en projektperiode får andre beføjelser (ændrer personaledynamikken i den oprindelige organisation).

Tværorganisatorisk forankring

Styregruppen har på tværs af de specifikke indsatser også spillet en væsentlig rolle. 28 ud af 30 kommuner har haft styregrupper i projektet (se tabel 5-3 i bilag).

Ser man yderligere på styregruppens funktion i projekterne, gælder det for størstedelen af kommunerne, at gruppen har været velfungerende (22 ud af 30[28] kommuner). Som tidligere nævnt i del 1, har styregruppen haft en væsentlig opgave i at

[28] Heraf har tre kommuner ikke angivet en vurdering af styregruppens funktion.

sikre fokus på og ejerskab for projektet på tværs af involverede aktører, og det er således et positivt fund, at projekterne i de fleste tilfælde vurderer, at styregruppen fungerede.

Sammenholdes styregruppens funktion i praksis med, hvorvidt specifikke indsatser er blevet videreført i de deltagende kommuner, er der en svag tendens til, at der er flere projekter med velfungerende styregrupper, som videreføres (i 11 ud af 20 kommuner), end projekter, som videreføres, hvor styregruppen ikke har fungeret (seks ud af 20 kommuner).

Ledelsesopbakning i de specifikke indsatser

Som det også beskrives for de generelle indsatser i afsnit 3.2.2, er ledelsesopbakning en central faktor for succesfuld forankring og videreførelse. I nærværende opgørelse har det i flere kommuner varieret med opbakningen på tværs af delprojekter i de specifikke indsatser, hvorfor de er opgjort adskilt i nedenstående tabel (tabel 4-2).

Det ses på tværs af indsatserne, at der har været god ledelsesopbakning i den primære organisation, hvor projektet var forankret til størstedelen af indsatserne (25 ud af 42). Herudover oplever nogle projekter, særligt i 1. udmøntning, at ledelsesopbakning internt til projektet kun delvist har været til stede. Dette dækker typisk over, at der har været skiftende opbakning over tid i projektperioden, fx stort engagement i starten, men hvor organisatoriske ændringer og andre forhold i den kommunale organisation i øvrigt har haft negativ betydning for opbakningen i det videre forløb.

Ofte har sundhedsplejersker været en væsentlig samarbejdspartner i rekruttering og opsporing til projektet, og i de tilfælde, hvor projekterne ikke var organiseret direkte hos sundhedsplejen/sundhedstjenesten i kommunen, fremhæver flere projekter det væsentlige i at sikre god ledelsesopbakning og prioritering af projektet hos disse.

På tværs af ledelsesopbakning i og uden for projektets primære organisation, beretter kun få projekter, at opbakningen til projektet direkte har manglet.

Tabel 4-2 – Ledelsesopbakning og videreførelse i de specifikke indsatser

Kommuner (og eventuelle indsatser)		God ledelses-opbakning (primær org.)	God ledelses-opbakning (samarb.)	Videreføres projektet[29]
1. Frederikshavn		÷ *	Data mangler	÷
1. Gladsaxe		Delvis	Delvis	+
1. Herlev	Lille Tigerspring	+	Data mangler	Data mangler
	Store Tiger-spring	+	Data mangler	Data mangler
1. Langeland	Aktiv Skole	+	+	Data mangler

[29] Denne variabel benyttes som outcome-variabel i QCA-analysen, hvorfor den er opgjort som binær. Således dækker et positivt fund (+) over hel eller delvis videreførelse.

1. Mariagerfjord	Familierådgiv-ningen	Delvis	+	Data mangler
	Tarzan	Delvis	+	+
1. Odsherred	Familieskolen	Delvis	Data mangler	÷
	Livsstilskursus	Delvis	Data mangler	÷
	Fødselsforbere-delse	Delvis	Data mangler	÷
1. Stevns		Delvis	Delvis	+
1. Varde		Delvis	Delvis	÷
1. Vordingborg		Delvis	Delvis	+
1. Aarhus	Fedt for fight	Data mangler	Data mangler	+
2. Favrskov	Delprojekt 1	+	+	Data mangler
	Delprojekt 2	+	+	+
	Delprojekt 3	+	÷	÷
2. Faxe	Trim Kids	+	+	+
	Mad, motion og sundhedscoa-ching	+	+	+
	Familieteam	+	+	÷
2. Glostrup		Delvis	+	+
2. Halsnæs		+	+	+
2. Middelfart		+	Delvis	÷
2. Norddjurs		+	Data mangler	+
2. Sorø	Trivselsteam	Data mangler	Data mangler	+
	Playhold	Data mangler	Data mangler	+
	Livsstilsværk-sted	+	+	+
2. Syddjurs	Delprojekt 1	+	+	+
	Delprojekt 2	+	+	÷
2. Vordingborg	Familievægt-skolen	+	Delvis	+
	Fit Kid	+	+	+
2. Vejle		+	Delvis	÷
3. Esbjerg		+	Delvis	+
3. Fredensborg		+	+	+
3. Greve		÷	Delvis	Data mangler
3. Køge		+	+	÷
3. Roskilde		Data mangler	Data mangler	+
3. Struer		+	÷	Data mangler
3. Tønder		+	+	+
3. Vejen		Data mangler	Data mangler	+
3. Aalborg		+	÷	+
3. Aarhus		+	+	+

Kilde: Evalueringsskabeloner og projektlederinterviews
*) Et + angiver, at forholdet angivet i kolonnerne har været til stede, et ÷ angiver, at forholdet ikke var til stede. "Delvis" angiver, at forholdet delvist var til stede. Endvidere er de steder, hvor data mangler angivet med "Data mangler".

Sammenlignes projekternes videreførelse med ledelsesopbakningen i den primære organisation og hos væsentligste samarbejdspartnere, ses en tendens til, at indsatser i højere grad ikke videreføres, når opbakningen til indsatsen kun delvist eller slet ikke har været til stede. Således var opbakningen (af enten den ene type eller dem begge) til indsatsen manglende eller kun delvis i otte ud af 11 ikke-videreførte indsatser. Dette gør sig modsat kun gældende i seks ud af de i alt 24 videreførte indsatser.

4.1.3 Målsætninger

Som nævnt i kapitel 1, har der i udmøntningen af puljen fra Sundhedsstyrelsens side ikke været formelle krav til, hvordan målsætningerne skulle udformes.

Der kan i projekterne skelnes mellem forskellige typer af målsætninger, der fokuserer på (i) effekt eller (ii) proces. Vi henviser til kapitel 3 for definitoriske afgrænsninger.

Rambøll har også for de specifikke indsatser gennemgået alle projekter i forhold til disse typer målsætninger[30].

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 strategisammenhænge. SMART kan anvendes til at fastslå, hvorvidt projekterne har haft *præcise* succeskriterier for deres indsats.

[30] Målsætningerne for hvert kommunalt projekt fremgår af bilagene i de tre delrapporter: http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Overvaegt/Kampagner_og_projekter/Kommunens_plan_mod_overvaegt/Evaluering.aspx

Tabel 4-3 – Projekternes målsætninger i forhold til SMARTkriterier

Kommuner ved 1. 2. og 3. udmøntning	Procesmålsætninger		Effektmålsætninger	
	Specifik indsats	SMART-sikret	Specifik indsats	SMART-sikret
1. Frederikshavn	÷*	÷	+	+
1. Gladsaxe	÷	+	+	÷
1. Herlev	+	+	+	+
1. Langeland	+	÷	÷	÷
1. Mariagerfjord	÷	÷	+	÷
1. Odsherred	+	÷	+	÷
1. Stevns	+	÷	+	÷
1. Varde	÷	÷	+	÷
1. Vordingborg	÷	÷	+	÷
1. Aarhus	+	÷	+	÷
2. Favrskov	÷	÷	+	+
2. Faxe	+	÷	+	÷
2. Glostrup	+	+	+	÷
2. Halsnæs	+	÷	+	+
2. Middelfart	+	÷	+	+
2. Norddjurs	+	÷	+	÷
2. Sorø	+	÷	+	÷
2. Syddjurs	÷	÷	+	÷
2. Vordingborg	+	+	+	+
2. Vejle	+	÷	+	+
3. Esbjerg	+	+	+	+
3. Fredensborg	+	÷	+	+
3. Greve	+	+	÷	÷
3. Køge	+	÷	÷	÷
3. Roskilde	+	+	+	+
3. Struer	+	÷	+	÷
3. Tønder	+	÷	+	+
3. Vejen	+	÷	+	÷
3. Aalborg	+	÷	+	÷
3. Aarhus	+	÷	+	÷
Antal	23	7	27	11
Procent	77 %	23 %	90 %	37 %

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.
*) et + angiver, at målsætninger/SMART-sikring var til stede. Et ÷ angiver, at målsætning/SMART-sikring ikke var til stede i projektet.

Tabellen viser, at kommunerne i overvejende grad har formået at opstille målsætninger for såvel processer som effekter. I alt 23 ud af de 30 kommuner (77 pct.) har opstillet procesmålsætninger for deres specifikke indsats. Dette er også tilfældes for effektmålsætninger, hvor hele 27 af 30 kommuner (90 pct.) har opstillet målsætninger om effekt.

Ses der yderligere på, i hvilket omfang målsætningerne har været specifikke og målbare, viser Tabel 4-3 imidlertid, at det kun er syv kommuner (23 pct.), der har SMART-sikret procesmålsætningerne.

Samme billede gør sig gældende for effektmålsætningerne, hvor 11 ud af 30 kommuners målsætninger om effekt kan betegnes som SMARTe (37 pct.).

Det er bemærkelsesværdigt, at det er en højere andel af kommunerne, der har opstillet målsætninger om effekt end om proces. Dette kan muligvis forklares ved, at indsatserne har været nye, hvorfor processerne endnu ikke har været tilstrækkeligt beskrevne i udgangssituationen, hvorfor der heller ikke har været opstillet målsætninger. Denne fortolkning understøttes af, at indsatserne kun i begrænset omfang kan betegnes som veldokumenterede i forhold til deres indhold (se Tabel 5-9 i bilag).

4.1.4 Målgruppen i de specifikke indsatser

Rambøll har yderligere undersøgt, hvilken særlig målgruppe som de specifikke indsatser har rettet sig imod. Disse fremgår af nedenstående Tabel 4-4, opdelt i aldersgrupperne 0-5 år, 6-12 år og 13-18 år[31].

Tabel 4-4 – Projekternes målgruppe i de specifikke indsatser

Kommuner ved 1. 2. og 3. udmøntning	Målgruppe 0-5 år	Målgruppe 6-12 år	Målgruppe 13-18 år	Familie deltager
1. Frederikshavn	÷*	+	+	+
1. Gladsaxe	÷	+	+	+
1. Herlev	+	+	+	+
1. Langeland	÷	+	+	+
1. Mariagerfjord	+	+	÷	+
1. Odsherred	+	+	+	+
1. Stevns	+	+	+	÷
1. Varde	÷	+	+	÷
1. Vordingborg	+	+	+	+
1. Aarhus	÷	+	÷	÷
2. Favrskov	+	+	÷	÷
2. Faxe	+	+	+	+
2. Glostrup	+	+	÷	+
2. Halsnæs	÷	+	+	+
2. Middelfart	+	+	÷	÷
2. Norddjurs	÷	+	+	+
2. Sorø	÷	+	+	+
2. Syddjurs	+	+	÷	+
2. Vejle	÷	+	÷	+
2. Vordingborg	÷	+	+	+
3. Esbjerg	÷	+	+	+

[31] For de præcise målgrupper henvises til Tabel 13-6

Kommuner ved 1. 2. og 3. udmøntning	Målgruppe 0-5 år	Målgruppe 6-12 år	Målgruppe 13-18 år	Familie deltager
3. Fredensborg	÷	+	+	+
3. Greve	÷	+	÷	+
3. Køge	+	+	÷	+
3. Roskilde	÷	+	÷	+
3. Struer	÷	+	+	+
3. Tønder	÷	÷	+	+
3. Vejen	÷	+	+	+
3. Aalborg	+	+	÷	+
3. Aarhus	÷	+	÷	+
Antal	12	29	18	25
Procent	40 %	97 %	60 %	83 %

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.
*) et + angiver, at målgruppen var i fokus. Et ÷ angiver, at målgruppen ikke var i fokus i projektet.

Heraf fremgår det, at på tværs af aldersgrupper har familien deltaget i størstedelen af de specifikke indsatser (83 pct.).

Endvidere viser tabellen, at næsten alle indsatserne har rettet sig mod børn i 6-12-års alderen. Med andre ord er det børn i indskolingen og mellemtrinnet, der har været i centrum (97 pct.). Det er i mindre grad børn i førskolealderen (0-6 år), der har været i fokus, idet kun 40 pct. af indsatserne retter sig mod denne målgruppe.

Der er en svag tendens til, at de specifikke indsatser har afgrænset deres målgruppe skarpere i løbet af de tre udmøntningsrunder. I 1. udmøntningsrunde dækkede projekterne gennemsnitligt 75 pct. af målgrupperne. I 2. og 3. udmøntningsrunde var det henholdsvis 70 og 67,5 pct.. Den generelle tendens er således, at indsatserne har dækket to til tre af de aldersinddelte målgrupper. Det skal her nævnes, at flere kommuner har arbejdet med delprojekter, der har haft en aldersmæssigt mere specifik målgruppe (Herlev, Mariagerfjord, Odsherred, Aarhus, Favrskov, Faxe, Sorø, Syddjurs, Vordingborg).

Fire kommunale indsatser har opstillet målgrupper, som falder inden for alle tre aldersintervaller (Vordingborg, Odsherred, og Herlev i 1. udmøntning og Faxe i 2. udmøntning).

4.1.5 Indsatsernes arenaer

Der er i en vis grad en naturlig sammenhæng mellem de arenaer, som indsatsen foregår i, og de målgrupper, som indsatserne er fokuseret på. Således viser en kortlægning af projekternes arenaer også, at hjemmet (87 pct.) er en primær arena for indsatserne. Dette er i tråd med, at familien deltog i 83 pct. af projekterne. Samtidig er fritidstilbud også en arena, da en større del af indsatserne (63 pct.) er foregået uden for skoletiden. 23 af 30 kommuner anvender mere end én arena for sin specifikke indsats.

De offentlige, institutionelle arenaer, skole (43 pct.) og dagtilbud (3 pct.) er i mindre grad blevet inddraget som arenaer. Dette skal imidlertid ses i forlængelse af de generelt forebyggende indsatser, hvor netop skoler og dagtilbud, som offentlige institutioner, dannede arena for disse indsatser. Der kan derfor være en vis synergi

mellem de generelle og specifikke indsatser (jf. Tabel 3-3) for projekterne i 1. og 2. udmøntning, som havde både generelle og specifikke indsatser i komplementerende arenaer. Mht. arenaer adskiller projekterne fra 3. udmøntning sig ikke fra de øvrige runder, til trods for at disse kun indeholdt specifikke indsatser. Dvs. hvis samme synergi gør sig gældende, så er det, fordi den generelle indsats allerede er etableret af driftsmidler i kommunen og ikke har været en del af den puljefinansierede indsats.

Det er således tydeligt, at de specifikke indsatser primært har foregået uden for det offentlige, institutionelle tid og rum. De hyppigste kombinationer har været mellem hjem og fritidstilbud (i 17 af 30 indsatser).

Tabel 4-5 - Primære arenaer for de specifikke indsatser

Kommuner ved 1., 2. og 3. udmøntning	Arena: Daginstitution	Arena: Skole	Arena: Hjem	Arena: Fritidstilbud
1. Frederikshavn	÷*	÷	+	÷
1. Gladsaxe	÷	(+)	+	÷
1. Herlev	÷	÷	+	÷
1. Langeland	÷	÷	+	(+)
1. Mariagerfjord	÷	÷	+	÷
1. Odsherred	÷	÷	+	(+)
1. Stevns	÷	(+)	+	(+)
1. Varde	÷	÷	+	(+)
1. Vordingborg	÷	÷	+	(+)
1. Aarhus	÷	(+)	(+)	(+)
2. Favrskov	÷	+	+	+
2. Faxe	÷	÷	+	+
2. Glostrup	÷	÷	+	+
2. Halsnæs	÷	÷	(+)	+
2. Middelfart	÷	+	+	÷
2. Norddjurs	÷	+	+	÷
2. Sorø	÷	÷	+	+
2. Syddjurs	÷	÷	+	+
2. Vejle	÷	+	+	÷
2. Vordingborg	÷	+	(+)	+
3. Esbjerg	÷	+	(+)	(+)
3. Fredensborg	÷	+	+	(+)
3. Greve	÷	(+)	+	+
3. Køge	÷	÷	+	÷
3. Roskilde	(+)	÷	+	÷
3. Struer	÷	÷	÷	+
3. Tønder	÷	÷	÷	+
3. Vejen	÷	(+)	÷	+
3. Aalborg	÷	÷	+	+
3. Aarhus	÷	÷	+	÷
Antal	1	13	26	19
Procent	3 %	43 %	87 %	63 %

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.
*) Et ÷ angiver, at arenaen ikke er anvendt. Et + angiver, at arenaen har været anvendt som primær arena for indsats. Et (+) angiver, at arenaen har været anvendt sekundært/i mindre grad.

4.1.6 Aktører i projekterne

I nærværende afsnit belyses de mange aktører, som har været involveret i de specifikke, kommunale projekter på tværs af de tre udmøntninger. Der vil særligt blive fokuseret på de forskellige aktørers opgaver samt de erfaringer, man har draget sig omkring samarbejdet med de forskellige aktører, både internt og eksternt i projekterne.

Principale aktører

Omdrejningspunktet for de specifikke indsatser har været de projektgruppemedlemmer, som har stået for planlægning og gennemførelse af de specifikke indsatser. Der har, som tidligere beskrevet under afsnit 3.1.5, typisk været én overordnet projektleder for de kommunale projekter (se tabel 5-3 i bilag).

Projektlederens egentlige arbejdsopgaver varierer projekterne imellem, men fælles er, at de har haft den overordnede styring af projekterne og har i større eller mindre grad varetaget den daglige planlægning af aktiviteterne. Projektledernes faglige baggrund varierer (se tabel 5-3 i bilag), men oftest har disse en sundhedsfaglig/naturvidenskabelig uddannelsesbaggrund (i 25 ud af 30 kommuner). Det fremstår på tværs af kommuner fordelagtigt med en projektleder, der har en solid sundhedsfaglig viden at trække på (fremhæves i flere projektlederinterviews).

Typisk har andre projektmedlemmer end projektlederen været de udførende i de specifikke indsatsers aktiviteter. Således har projektlederne udelukkende haft udførende opgaver direkte over for målgruppen i seks ud af 30 kommuner (Frederikshavn, Stevns, Varde, Glostrup, Norddjurs, Struer).

De mange forskelligartede projekter har på tværs af kommunerne resulteret i inddragelsen af mange forskellige aktører og samarbejdspartnere i indsatserne. I tabellen herunder vises eksempler på samarbejdspartnere inden for de forskellige aktørgrupper på tværs af de tre udmøntninger. Af oversigten fremgår det, at projekterne generelt oftere inddrager kommunale aktører og frivillige (andre) aktører, og kun i begrænset omfang regionale aktører.

Tabel 4-6 Samarbejdspartnere i projekterne

Kommunale aktører	Regionale aktører	Frivillige (andre) Aktører
Andre forvaltninger	Praksisidrætsordning	DGI
Sundhedspleje/skolesundhedspleje	Almen praksis	Lokale idrætsforeninger
Tandpleje	Speciallæge	Ungdomsskoler
Skoler	Hospitaler	Fødevarestyrelsen
SFO	Regionalt forskningscenter	Patientforeninger
Daginstitutioner/dagpleje		Julemærkehjem
Kommunallæge		Sund By Netværket
Naturvejleder		Universiteter/uddannelses-institutioner
Psykologer		Sociale boligprojekter
Fritidsvejleder/foreningskonsulent		Selvejende institutioner
Diætister og bevægelseskonsulenter		

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Samarbejde med kommunale aktører

Som det ses af Tabel 4-6, har der generelt i projekterne været inddraget en bred vifte af relevante kommunale aktører. Disse har været involveret til at varetage opgaver både internt og eksternt af projektorganisationen, såsom:

- Promovering af projektet
- Identifikation/opsporing
- Rekruttering og henvisning
- Gennemførelse af kost- og motionsforløb
- Gennemførelse af samtaleforløb
- Undervisningsaktiviteter (gennemførelse af fx temadage/-aftener).

Mange projekter har i deres projektgrupper inddraget repræsentanter for både det kommunale børne- og ungeområde, såsom skoleledere, AKT- og idrætslærer, SSP-konsulenter eller PPR, psykologer og fysioterapeuter. Ligeledes er sundhedsfagligt personale i form af sundhedsplejen, både den kommunale sundhedspleje og sundhedstjeneste, tandplejen, diætister bevægelse- eller kostkonsulenter, blevet inddraget.

Som det også fremgår af afsnit 4.2, er særligt sundhedsplejersker en væsentlig aktørgruppe på tværs af de specifikke indsatser. Denne aktørgruppe har typisk forestået opsporing og rekruttering til de specifikke indsatser, men sundhedsplejersker har også som enkeltpersoner ofte været involveret som projektgruppemedlemmer, der har varetaget gennemførelsen af den pågældende specifikke indsats.

Der er på tværs af projekterne gode erfaringer med inddragelse af projektmedarbejdere med forskellig faglig baggrund, da disse har været medvirkende til at opkvalificere den faglige diskussion og skabe forbedringer i projektet.

"Der er et stort potentiale i at udnytte faggruppernes forskellige kompetencer i arbejdet med familier med børn med overvægt, og der er sket en gensidig kompetenceudvikling hos de involverede medarbejdere, hvilket har kvalificeret indsatsen i familierne. De respektive faggruppers spidskompetencer er blevet tydeligere, hvilket er et af udgangspunkterne for en videreudvikling af behandlingstilbuddet." (Gladsaxe, egenevaluering)

På den mere udfordrende side fremhæves, at det er meget tidskrævende med det tværfaglige arbejde. Flere projekter fremhæver, at det er en udfordring at få opbakning til opgavevaretagelsen fra de pågældende forvaltninger i kommunen, da projektet ikke falder ind under gruppen af almene driftsopgaver ("skal"-opgaver). Det er et væsentligt fund på tværs af udmøntningsrunder, at involvering i projektet kræver, at der afsættes tilstrækkelige ressourcer hertil for de involverede aktører.

Samarbejde med regionale aktører

Der kan som nævnt kun identificeres få typer af regionale samarbejdspartnere, hvoraf den mest tværgående aktør er almen praksis (som uddybes nedenfor).
Data på tværs af udmøntningsrunderne viser, at samarbejde med almen praksis sjældent har fungeret optimalt. Samarbejdet med almen praksis kan primært beskrives som et indirekte samarbejde, hvor lægerne informeres om/opfordres til at deltage i projektet, men ikke i øvrigt forpligter sig til at samarbejde. For langt de fleste kommuner er det ikke lykkedes at involvere lægerne i identifikations- og henvisningsarbejdet i projekterne, hvilket var den primære fase, hvori de var vigtige aktører. 16 ud af 30 kommuner (53 pct.) har inddraget almen praksis i dette arbejde, og heraf vurderer to kommuner, at samarbejdet fungerede hensigtsmæssigt, og otte, at det ikke fungerede[32].

Dette skyldes ifølge projektlederne flere faktorer, både indirekte og direkte relateret til lægens arbejde. Indirekte kan det skyldes, at målgruppen for projektet ikke tilses ofte nok af den praktiserende læge pga. alder (Greve m.fl.). Andre projekter peger mere direkte på, at lægerne i den almene praksis er modvillige til at påtage sig sådanne projektopgaver (at henvise til midlertidige tilbud) eller i øvrigt ikke prioriterer et fokus på henvisning til projektet pga. mange andre opgaver (Aalborg, Vejen).

[32] De resterende projekter har ikke angivet, om det fungerede eller ej.

Samarbejde med almen praksis

"I forhold til de praktiserende læger har det været svært for projektleder at få en dialog og samarbejde i gang. I forbindelse med de forebyggende helbredsundersøgelser ved 3-, 4- og 5-års-alderen har den praktiserende læge en nøgleposition i arbejdet med at identificere, forebygge og behandle overvægt hos børn. Det er derfor oplagt at den praktiserende læge har mulighed for et samspil med sundhedsplejersker og omvendt.

Samarbejdet med de praktiserende læger er baseret på korrespondancemodulet Medcom (…) Da dette henvisningsværktøj ikke nåede at træde i værk indenfor projektets tidsperiode er samarbejdet blevet hæmmet. Projektleder har forsøgt at få et samarbejde med lægerne i gang ved deltagelse i lægelaugsmøde, samt udvikling af informationsmaterialer, så henvisningerne kunne ske, trods manglende korrespondancemodul.

Man kan håbe, at det tværfaglige samarbejde, sammen med Medcommodulet, gradvist vil blive implementeret i arbejdet med den voksende gruppe af overvægtige børn." (Roskilde, egenevaluering)

Det er dog lykkedes enkelte projekter at etablere et godt samarbejde med almen praksis. Her er dog samtidigt tale om andre former for samarbejde, såsom faglig sparring og henvisning af børn til medicinsk udredning i almen praksis (Aarhus).

Samarbejde med frivillige (og andre) aktører

Der har været en del samarbejde mellem projekterne og foreningsområdet på tværs af kommuner. På tværs af udmøntningsrunderne er det særligt projekternes erfaringer med idrætsforeninger, som er væsentligt at belyse, idet der er gjort væsentlige erfaringer med denne aktørgruppe på tværs.

13 ud af 30 kommuner (43 pct.) har samarbejdet med idrætsforeninger i forbindelse med deres specifikke indsats. Samarbejdet med idrætsforeningerne har på tværs af projekter været mere eller mindre direkte. Dels har nogle projekter søgt at samarbejde med idrætsforeninger i forhold til at videreformidle aktivitetsmuligheder for målgruppen efter endt projektindsats (Gladsaxe har gode erfaringer hermed). Derudover har nogle idrætsforeninger været direkte involveret ved at forestå motionshold. I flere tilfælde enten lykkedes samarbejdet ikke eller var problematisk (Greve, Vejle, Fredensborg, Favrskov, Syddjurs, Faxe), idet foreningerne havde svært ved at løfte opgaven i forhold til målgruppen. Derudover var det særligt mødet mellem kommunens specifikke overvægtsfokus og frivillighedstanken i idrætsforeninger, som var udfordrende og for en del projekter ufordelagtigt i sidste ende. Ofte manglede de frivillige instruktører erfaring med at undervise mindre motiverede målgrupper og fastholde dem til projektet.

De kommuner, hvor samarbejdet blev oplevet som godt, var ofte de kommuner, som i forvejen havde et samarbejde med frivillige foreninger (Aarhus), eller hvor projektlederen selv havde erfaring på frivillighedsområdet, samt hvor projekterne i højere grad gennemførtes på ”frivillighedens præmisser” (Esbjerg).

Endvidere samarbejdede flere kommuner særligt i 3. udmøntning med kommunale fritidsvejledere eller foreningskonsulenter[33] (Fredensborg, Vejle, Aalborg). Disse fungerede som bindeled mellem projekterne og de frivillige foreninger. Data antyder, at dette kommunale bindeled til det frivillige foreningsliv er en væsentlig aktør at tænke ind i projekter, såfremt man ønsker at etablere et samarbejde med foreningerne.

Samarbejdet med andre frivillige aktører vurderes som mere positivt af projekterne, herunder eksempelvis samarbejdet med ungdomsskoler, lektiehjælpsordninger, frivillige studerende (fra Ankerhus Seminarium) og julemærkehjem.

Data på tværs er dog ikke omfattende nok til at konkludere yderligere om disse aktørgrupper.

4.1.7 Kompetenceudvikling

I det følgende belyses kompetenceudviklingen, der blev gennemført i kommunernes projekter[34]. Sikring af kompetenceudvikling kan ifølge implementeringslitteraturen fremme vellykket implementering af indsatser[35]. Med kompetenceudvikling forstås de uddannelses- og opkvalificeringsaktiviteter, som foregik for de professionelle grupper, både internt i projektgrupperne og blandt andre professionelle og samarbejdspartnere.

Kompetenceudviklingen

Det er muligt at sondre mellem flere aspekter i fokus for kompetenceudviklingen på tværs af kommunerne. Ligeledes er der forskel på, hvilke faggrupper der er blevet kompetenceudviklet og i hvilken grad.

I nedenstående tabel skelnes der mellem processuel og faglig kompetenceudvikling. De processuelle kurser omhandler projektledelse, kommunikation og lignende, som gives til den projektansvarlige, hvorimod de faglige kurser er en faglig opkvalificering af enkeltpersoner, som er relevante for udførelsen af den specifikke indsats.

[33] Også kaldt "play-maker" i én kommune.

[34] 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.

[35] Sundhedsstyrelsen (2010). *Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport.* Sundhedsstyrelsen. Se side 67.

Tabel 4-7 – Indhold af kompetenceudvikling fordelt på aktører

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Sundhedsplejersker	Pædagog	Lærer / SFO	Projektmedarbejder	Antal
1. Frederikshavn	Faglig*				8
1. Gladsaxe	Faglig			Faglig	10
1. Herlev				Faglig	Data mangler
1. Langeland	Faglig			Faglig	Data mangler
1. Mariagerfjord.	Faglig				Data mangler
1. Odsherred	Faglig			Faglig	Data mangler
1. Stevns.	Faglig			Faglig	9
1. Varde	Faglig				2
1. Vordingborg	Faglig			Faglig	Data mangler
1. Aarhus	Faglig		Faglig		Data mangler
2. Favrskov	Faglig				17
2. Faxe	Faglig			Faglig. Processuel	12
2. Glostrup	Faglig			Faglig. Processuel	ca. 10
2. Halsnæs	Faglig			Faglig	22
2. Middelfart	Faglig			Faglig. Processuel	ca 10
2. Norddjurs	Faglig			Faglig. Processuel	Data mangler
2. Sorø				Processuel	5
2. Syddjurs	Faglig			Faglig	Data mangler
3. Vejle	Faglig	Faglig	Faglig	Faglig	68
3. Vordingborg			Faglig	Faglig	32
3. Esbjerg	Faglig			Processuel	23
3. Fredensborg	Faglig				3
3. Greve	Faglig			Faglig	34
3. Køge	Faglig				26
3. Roskilde	Faglig			Faglig	32
3. Struer	Faglig			Faglig. Processuel	2
3. Tønder	Faglig			Faglig. Processuel	13
3. Vejen	Faglig			Faglig	13
3. Aalborg				Faglig	2
3. Aarhus	Faglig			Faglig	49

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.
*) I tabellen angiver "faglig", at der er foregået faglig kompetenceudvikling for den pågældende aktørgruppe. På samme vis angiver "processuel" angiver, at der er foregået processuel kompetenceudvikling.

Af ovenstående tabel 4-7 fremgår det tydeligt, at det primært er sundhedsplejerskerne og projektmedarbejderne, som har deltaget i kompetenceudvikling under projektperioden. Derudover er der få projekter, hvor lærere/SFO-pædagoger eller pædagoger fra dagtilbud har deltaget i kompetenceudvikling i forbindelse med den specifikke indsats. Dette foregår derudover primært i de generelle indsatser (jf. afsnit 3.1.6). Ligeledes er der stor variation i antallet af opkvalificerede medarbejdere, fra to (i Aalborg, Struer og Varde) til 68 medarbejdere (i Vejle) i de specifikke indsatser. Det må endvidere formodes, at det særligt er ifm. opkvalificeringen af professionelle i de generelle indsatser, at man kan forvente en synergieffekt med den specifikke indsats, fx ift. opsporing.

De fleste kommuner har gennemført faglig kompetenceudvikling ofte i form af kurser som *Du bestemmer*-metoden, *Små skridt*, samt *Den motiverende samtale*. I alt har 11 kommuner haft direkte fokus på at opkvalificere personale i at kunne føre motiverende samtaler (Frederikshavn, Herlev, Langeland, Varde, Favrskov, Glostrup, Halsnæs, Vejle, Greve, Køge og Struer (se Tabel 5-4 i bilag)). Alle kommunale projekter på nær ét (Sorø, som har haft processuelt kompetenceudviklingskursus) har haft faglig kompetenceudvikling for minimum én aktørgruppe i forbindelse med deres specifikke indsats.

Derimod er der blot otte projekter, hvor én aktørgruppe har fået et processuelt kompetenceudviklingskursus, hvilket har været givet til projektlederen, og i enkelte tilfælde ligeledes til projektgruppen.

Evaluering af og opfølgning på kompetenceudviklingen

De fleste projektledere giver udtryk for, at kompetenceudviklingen i deres projekter har været tilfredsstillende. Der er dog ikke dokumentation for, at kompetenceudviklingen har ført til øgede kvalifikationer eller kompetencer for de involverede medarbejder, da kommunerne ikke har rapporteret målinger for effekten af de gennemførte kompetenceudviklingsaktiviteter.

4.1.8 Økonomiske ressourcer

Sundhedsstyrelsens samlede bevilling til kommunerne var omkring 70 mio. kr., fordelt på 30 forskellige projekter. De enkelte bevillinger fremgår af Tabel 5-10 i bilaget.

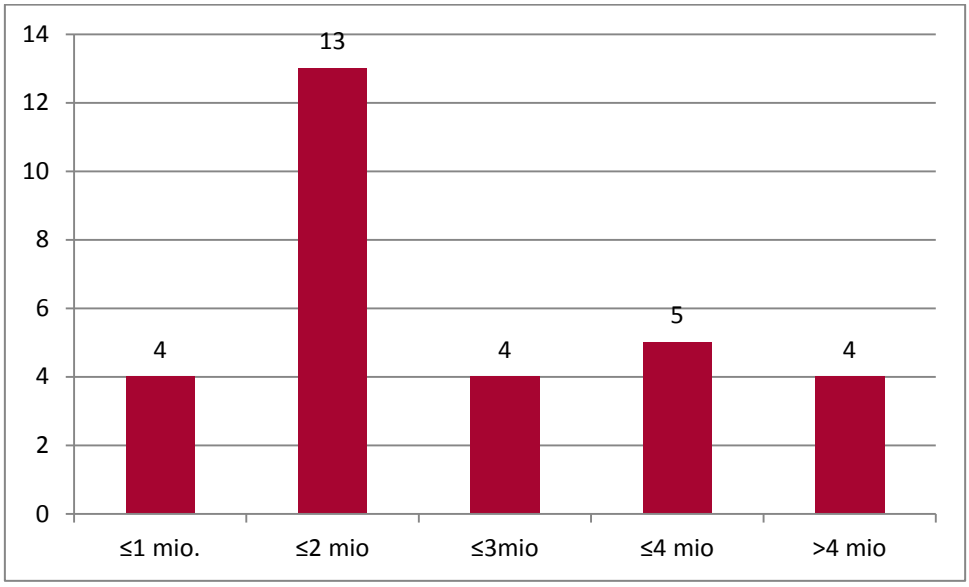
Den gennemsnitlige bevilling per projekt var 2.355.200 kr. Der var imidlertid en betydelig variation i bevillingernes størrelse. Den mindste bevilling var under 1 mio. kr., på 392.191 kr. (Struer), og derudover gik bevillingerne op til 4.530.830 kr. (Vejle). Den typiske bevilling lå under 2 mio. kr. (jf. Figur 4-1).

Dertil kommer, at kommunerne har bidraget med en medfinansiering. Der var fra Sundhedsstyrelsens side krav om en kommunal egenfinansiering på mindst 30 pct. i 3. udmøntning, men ingen krav om dette i 1. og 2. udmøntning. Det er imidlertid uklart, hvor stor denne medfinansiering har været samlet set. 19 af 30 projekter (63 pct.) har ikke opgjort deres medfinansiering økonomisk.

Endvidere er budgetter for 1. og 2. udmøntningsrunde i ansøgninger generelt ikke opsplittet på generelle og specifikke indsatser, hvorfor det er svært at isolere budgetter for de adskilte indsatser.

Dette har konsekvens for typen af økonomiske analyser der kan laves i forhold til gennemførelse og effekter (cost-efficiency og cost-effectiveness vurderinger).

Figur 4-1 – Antal projekter og bevillingsstørrelse fra Sundhedsstyrelsen (n=30)



Kilde: Evalueringsskabeloner og SST-bevillingsopgørelse

4.2 Opsporing, rekruttering og visitation

Der forekommer der for de specifikke indsatser en individorienteret rekrutteringsproces af de personer, som indsatsen er tiltænkt. Selve rekrutteringsprocessen kan med fordel opdeles i tre faser: (i) opsporing, (ii) rekruttering og (iii) visitation. Disse vil således også strukturere kapitlet.

I dette afsnit anvender vi følgende begrebsafgrænsninger:

(i) *Opsporing*: Hermed forstås, hvordan målgruppen for en indsats blev identificeret, og hvorvidt der i projekterne blev opstillet 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, hvor en fagperson laver en vurdering af, hvorvidt et rekrutteret/henvist barn opfylder de opstillede inklusionskriterier og kan indgå i indsatsen.

Rambøll har undersøgt, hvilke faktorer der har betydning for succesfuld rekruttering af målgruppen for de respektive projekter. Den analytiske metode, som er anvendt, er, som nævnt, Qualitative Comparative Analysis (QCA), som er blevet beskrevet tidligere i afsnit 1.2. Under hvert afsnit inddrages således fund fra den gennemførte QCA-analyse.

På tværs af udmøntningsrunderne har det været en udfordring for projekterne at få rekrutteret deltagere til de specifikke indsatser. I alt 14 specifikke indsatser (svarende til 33 pct. af projekterne) har haft en problemfri rekruttering (Se QCA-datasæt).

4.2.1 Opsporing

Opsporing af børn og unge til deltagelse er en central aktivitet i gennemførelsen af de specifikke indsatser.

Der har i alle udmøntningsprojekterne være opstillet kriterier for, hvem der var målgruppen for den specifikke indsats. På tværs af projekter tog disse kriterier udgangspunkt i alder og overvægt hos målgruppen (se 5-7 i bilag) og typisk med udgangspunkt i objektive kriterier, såsom BMI o. lign.

Det varierer dog, i hvor høj grad man videre i projektforløbet fuldt ud har holdt sig til de opstillede kriterier. Således har nogle projekter udvidet eller ændret målgruppen undervejs. Andre afveg fra den oprindelige målgruppe ved mere ustruktureret at åbne op for deltagere, som ikke var en del af målgruppen. Det varierer således, hvor ensartet rekrutteringen er foregået på tværs af projekter.

QCA-analysen viser, at flere forhold i opsporingsprocessen synes at have betydning for succesfuld rekruttering[36].

Viden om målgruppen fremstår som vigtig. Analysen viser, at otte ud af de 14 indsatser (57 pct.), som fik rekrutteret målgruppen uden problemer, havde indsamlet specifikke data om målgruppen forud for projektet i form af fx kommunespecifikt data om forekomsten af overvægt i en given aldersgruppe (jf. projektansøgningen) (se QCA-datasæt). Analysen peger således på, at projekternes viden om målgruppen forud for en rekrutteringsproces er en medvirkende faktor til, at projekterne kan rekruttere succesfuldt.

Der er endvidere 11 ud af de 14 indsatser (78 pct.) med succesfuld rekruttering, som har haft en klar afgrænsning af målgruppen i form af eksplicitte og klare krav til inklusion i projektet. Ovennævnte tendenser forstærkes yderligere, når indsatser med en problematisk rekruttering tages med i betragtningen. Her ses det, at 22 af 26 indsatser enten ikke havde indsamlet målgruppedata eller havde en klar målgruppeafgrænsning. Alt i alt fremstår en velafdækket og velafgrænset målgruppe som vigtig i en vellykket rekrutteringsproces.

4.2.2 Rekruttering

Der er fællestræk på tværs af projekter i deres anvendte rekrutteringsstrategier.

Overordnet set har projekterne gjort brug af flere rekrutteringsstrategier (ofte i kombination), hvoraf den første er den mest gennemgående:

---

[36] At rekruttering af målgruppen ud fra projektets egen vurdering er foregået problemfrit.

i. sundhedsplejersker som (primær) rekrutteringsvej
ii. bredere annoncering og markedsføring
iii. involvering af andre sundhedsprofessionelle (almen praksis)
iv. rekruttering via andre faggrupper[37].

Sundhedsplejersker er den vigtigste rekrutteringskanal, når der ses på tværs af de tre udmøntningsrunder (90 pct. af indsatserne anvendte disse), hvilket også bekræftes af QCA-analysen, som viser, at 13 ud af de 14 indsatser med succesfuld rekruttering anvendte sundhedsplejen som rekrutteringskanal. Således fremstår rekruttering via sundhedsplejersker som den mest succesfulde rekrutteringsstrategi på tværs. Der ses dog en svag tendens til, at sundhedsplejerskerne fungerer bedre i rekrutteringen af de yngre aldersgrupper. Således ses det, at sundhedsplejen var velfungerende i hhv. 12 ud af 14 indsatser med målgrupper i alderen 0-5 år (86 pct.) og 31 ud af 37 indsatser med målgrupper i alderen 6-12 år (84 pct.). Inden for disse aldersgrupper var der kun tre tilfælde, hvor sundhedsplejen som rekrutteringskanal ikke havde fungeret hensigtsmæssigt. Dette mod fire indsatser med dårligere erfaringer med sundhedsplejen inden for målgruppen i alderen 13+ år. Således fremstod sundhedsplejen kun som en succesfuld rekrutteringskanal i 65 pct. af tilfældene inden for denne gruppe (13 ud af 20 indsatser) (Se QCA-datasæt).

I flere projekter kombineres rekruttering via sundhedsplejen med andre strategier. Inddragelse af andre faggrupper (28 indsatser har inddraget disse i rekrutteringen) har for nogle projekter været en succes, mens flere andre projekter giver udtryk for, at samarbejdet med øvrige faggrupper ikke har fungeret (11 indsatser). Udfordringerne ved at benytte andre faggrupper end sundhedsprofessionelle som rekrutteringskanal fremhæves af flere projekter at skyldes emnet for rekrutteringen; overvægt er fortsat et tabubelagt emne i disse miljøer. Endvidere har manglende ressourceafsættelse til dette arbejde også spillet ind hos flere projekter.

"Forskellige rekrutteringsstrategier har været afprøvet. Sundhedsplejerskerne er centrale aktører – de har deres sundhedsfaglige uddannelse og erfaring samt deres sundhedsfremmende service til skolebørn, hvor de hvert 2. år har alle elever til sundhedssamtale på deres skole, hvor de bl.a. følger børnenes BMI. Sundhedsplejerskerne har i forbindelse med projektet foretaget en gennemgang af deres journaler, som bl.a. indeholder alle børnenes vægtkurver. På denne baggrund har de identificeret børn med overvægt og kontaktet familierne telefonisk samt arbejdet med at motivere familierne til at deltage i behandlingstilbuddet. Da det har vist sig udfordrende at tage denne kontakt, og fordi nogle sundhedsplejersker følte, at samtalen var vanskelig, har alle sundhedsplejerskerne modtaget et dagskursus i den motiverende samtale med fokus på at strukturere samtalen og stille åbne spørgsmål." Halsnæs, egenevaluering

Almen praksis er søgt inddraget som rekrutteringskanal i 19 ud af 42 specifikke indsatser (svarende til 16 ud af 30 kommuner). Heraf tilkendegiver to indsatser, at almen praksis har bidraget tilfredsstillende til rekrutteringen, hvorimod 10 indsatser

[37] Pædagogisk personale fra daginstitutioner, SFO-personale og lærere fra skoleområdet.

udtrykker utilfredshed med denne rekrutteringskanal (fire indsatser har ikke angivet en vurdering heraf).

Overordnet set viser QCA-analysen af faktorer med betydning for succesfuld rekruttering, at der på tværs af kommuner kan identificeres nogle tendenser (se tabel 5-11 i bilag). Som nævnt i afsnit 4.2.1, ses en tendens til succesfuld rekruttering, hvis projekterne har indsamlet kommunale målgruppedata og lavet en klar målgruppeafgrænsning, samt hvis deres indsatsgruppe ikke har været en blanding af målgruppe og børn med normalvægt. Denne kombination ses for 6 ud af de 14 indsatser, som fik rekrutteret målgruppen uden problemer, og kan således forklare 42 pct. af de cases, som har haft en succesfuld rekruttering. Endvidere ses det af afsnit 4.2.3, at faktorer i visitationen også synes at spille ind.

At tendenserne imidlertid ikke er helt klare, antyder, at det ikke kun er de interne forhold i projekts design, som har betydning for en vellykket rekruttering.

På tværs af kommuner angives forskellige årsager til, hvorfor projekterne har haft udfordringer med rekrutteringen. Der kan skelnes mellem hhv. ydre og mere interne omstændigheder i projektet, som har påvirket rekrutteringen.

Af ydre omstændigheder fremstår kommunalreformens påvirkning, særligt i 1. udmøntningsrunde, og strejker på sundhedsplejeområdet som medvirkende årsager til, at rekrutteringen i nogle kommuner har været problematisk.
Af mere interne omstændigheder i projekterne er til dels det faktum, at overvægt som fokusområde er tabubelagt, hvorfor det for både nogle professionelle og deltagere/forældre til tider har været grænseoverskridende at tale om.

Derudover nævner flere projekter, at de har undervurderet de afsatte ressourcer til rekruttering (Frederikshavn, m.fl.). På tværs af projekter fremhæves det, at rekrutteringen er tidskrævende og ofte kræver flere ressourcer end forventet. Således har nogle projekter haft for få ressourcer til rekruttering, hvilket har påvirket rekrutteringen negativt.

Ligeledes er det de færreste projekter, der eksplicit har angivet, hvor stor en del af målgruppen de slutteligt har fået rekrutteret til indsatsen. Knap halvdelen af kommunerne har eksplicit angivet andelen af overvægtige børn i kommunen, men data er ikke altid specificeret ud på den endelige målgruppe for indsatserne, hvorfor det ikke er muligt for alle at beregne, hvor stor en andel af kommunens samlede målgruppe de har haft kontakt med. Dog har seks kommuner i 3. udmøntning[38] vurderet, hvor stor en andel af målgruppen de har haft med i projektindsatsen, og andelen varierer her mellem 8 og 63 pct. Hvorvidt andelen skyldes, at nogle fravalgte at deltage – eller om alle i målgruppen ikke er blevet spurgt fremgår ikke af kommunernes afrapportering.

4.2.3 Visitation

På tværs af udmøntningerne ses det, at størstedelen af kommunerne opererede med visitationskriterier (se 5-7 i bilag).

[38] Evalueringsskemaet for 3. udmøntning var redigeret, hvorved et specifikt spørgsmål om dette er tilføjet.

"Børnene skal have udviklet eller være i risiko for at udvikle en betydende overvægt, det vil sige vægten aktuelt ligger over 90 % percentilen på højde/vægt kurven. Det er primært sundhedsplejerskerne på skolerne, der har visiteret. Rekrutteringen har som oftest foregået ved, at tilbuddet blev præsenteret telefonisk for familien af sundhedsplejersken fra den skole, hvor barnet går." (Gladsaxe, egenevaluering)

Af afsnit 4.2.1 fremgår det, at indsatserne oftest tog udgangspunkt i kriterier med fokus på overvægt hos målgruppen. Som nævnt, har det varieret, hvor konsistente indsatserne har været i deres brug af deres kriterier for visitation til indsatsen. QCA-analysen antyder, at konsistens i brugen af visitationskriterier er relevant for succesfuld rekruttering. Således ses det, at 10 ud af 14 indsatser (71 pct.) med succesfuld rekruttering også anvendte visitationskriterier konsistent.

Overordnet set skelnes mellem to primære visitationsmodeller: (i) Visitation til indsats *med* visitationssamtale eller (ii) visitation til indsats *uden* visitationssamtale.

På tværs af udmøntningsprojekterne ses det, at størstedelen af indsatserne ikke anvendte visitationssamtaler. Der blev kun anvendt visitationssamtaler i syv kommuner (Gladsaxe, Herlev, Glostrup, Halsnæs, Norddjurs, Aalborg og Fredensborg). Disse samtaler havde typisk fokus på deltagernes motivation til deltagelse i projektet og til adfærdsændring. Endvidere blev der i flere indsatser indgået formelle kontrakter mellem projektet og deltagerne i forbindelse med visitationssamtalen, som forpligtede dem i forløbet.

Fire ud af 14 indsatser med succesfuld rekruttering (29 pct.) anvendte visitationssamtaler i rekrutteringsprocessen (se QCA-datasæt). Da som nævnt kun få af det samlede antal indsatser anvendte sådanne samtaler (syv ud af 30), er det et positivt fund, at en stor andel af indsatser med visitationssamtaler (57 pct.) bidrager til en vellykket rekruttering.

Visitationssamtaler er også en succes set i forhold til, hvorvidt indsatserne lykkes med udelukkende at få rekrutteret den tiltænkte målgruppe. Samtlige syv indsatser, som anvendte visitationssamtaler, fik også udelukkende målgruppen i deres indsatsgruppe.

Visitation uden visitationssamtaler er typisk foregået på baggrund af viden om målgruppens BMI, hvorefter de visiterende aktører har henvendt sig til børnene og/eller forældrene med henblik på at inkludere dem i indsatsen. Enkelte indsatser kan udelukkende betegnes som delvist visiterende til deres specifikke indsatser, idet andre fagfolk uden adgang til objektive målinger af målgruppen har kunnet henvise til projektet (således baseret på en subjektiv vurdering af barnets overvægt).

Ser man nærmere på stringensen i visitationen (at det udelukkende er den tiltænkte målgruppe, som er blevet visiteret til indsatsen), viser QCA-analysen, at en stor gruppe kommuner er lykkedes med dette ved dels at have en klar målgruppeafgrænsning, og dels objektive visitationskriterier (se Tabel 5-12 i bilag). Desuden

har disse kommuner haft en indsatsgruppe, som ikke har været en blanding af målgruppen og børn med normalvægt. Dette kan dog i sig selv blot være et udtryk for, at de to førstnævnte faktorer er anvendt konsistent. I alt 18 ud af 27 indsatser (66 pct.) har haft denne kombination af disse faktorer.

Alt i alt indikerer QCA-analysen, at det er vigtigt at anvende visitationskriterier konsistent (på baggrund af en klar målgruppeafgrænsning og objektive visitationskriterier) for at sikre den rette målgruppe til indsatserne. Visitationssamtalen fremstår endvidere som et godt middel til en succesfuld rekruttering.

4.3 Indsatser og opfølgning

I dette afsnit ser vi nærmere på selve indholdet i de specifikt forebyggende indsatser. Afsnittet vil således fokusere på (i) metoder og mekanismer i selve indsatsen, (ii) opfølgningspraksis og (iii) praksis for, hvordan deltagerne blev fastholdt i indsatsen.

Rambøll bruger i dette afsnit samme begreber, som allerede er defineret i afsnit 3.3.

I nærværende afsnit inddrages igen resultater fra den gennemførte QCA-analyse (jf. afsnit 1.2). Rambøll har i relation til nærværende afsnit undersøgt, hvorvidt indsats-specifikke faktorer synes at have betydning for målgruppens succesfulde gennemførelse[39] i de respektive indsatser. Under hvert underafsnit inddrages således fund fra denne.

4.3.1 Metoder og mekanismer

Rambøll har i forbindelse med evalueringen samtidigt kortlagt den eksisterende forskning af effektive indsatser mod overvægt blandt børn, der er identificeret i diverse forskningsoversigter.

Rambøll gennemgik og kortlagde ved evalueringens opstart (i 2008) det nyeste systematiske Cochrane review - og de identificerede primærstudier heri - omhandlende effektive indsatser overfor børneovervægt. Med udgangspunkt i de indsatser som i denne litteratur blev påvist effektive[40], var det muligt at identificere overordnede modeller, hvori forskellige metoder og mekanismer blev anvendt.

Alt i alt blev der i gennemgangen identificeret 19 studier, som beskrev forskellige effektive metoder. Rambøll kortlagde efterfølgende disse interventioners forandringsteori for at identificere de modeller (kombinationer af metoder og mekanismer), som lå til grund for disse indsatser. Kombinationen af metoder og mekanismer i disse modeller ligger til grund for den kategorisering, som er præsenteret nedenfor i Tabel 4-8.

---

[39] I analysen skelnes der mellem projekter med en andel deltagere, der har gennemført på hhv. over og under 70 pct., hvor førstnævnte betegnes "succesfuld gennemførelse".

[40] 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.

Denne gennemgang af forskningen viser, at der er relativt få modeller for indsatser, der har vist sig at være effektive. Det var derfor relevant at se på, om disse kombinationer af metoder og mekanismer har været anvendt i nærværende sammenhæng.

I tråd med den tilgængelige forskning har Sundhedsstyrelsen stillet krav om, at indsatserne skulle indeholde fokus på såvel kost, motion og psykosociale aspekter af overvægt (jf. Tabel 1-1).

Derfor har det været oplagt, at der på det overordnede plan ikke har været markante variationer i de metoder og mekanismer, som projekterne har anvendt, hvis de skulle være overensstemmende med Sundhedsstyrelsens anvisninger.

Tabel 4-8 viser, at 28 af 30 kommuner i deres specifikke indsatser (93 pct.) har samme kombination af metoder og mekanismer.

Indsatserne har her fokus på *både* kost og fysisk aktivitet. *Og* de anvender både direkte og indirekte metoder. *Og* benytter både fysiske og kognitive mekanismer[41].

Kun to kommuner (Roskilde og Køge) adskiller sig fra denne model. Indsatserne har her fokus på forældrene til børnene (samt til dels på børnene selv) *og* anvender kun en kognitivt intervenerende mekanisme.

De specifikke indsatser har ikke gjort brug af regulerende mekanismer og bruger, logisk nok, direkte intervenerende metoder rettet mod børn og familier.

[41] Der har her ikke været skelnet mellem kommunens delindsatser.

Tabel 4-8 – Metoder og mekanismer i indsatserne

SPECIFIKKE	Fokus		Mekanismer			Metode	
	Fysisk aktivitet	Kost	Fysisk intervene-rende	Kognitivt intervene-rende	Regule-rende	Indirek-te	Direk-te
1. Frederikshavn	+*	+	+	+	÷	+	+
1. Gladsaxe	+	+	+	+	÷	+	+
1. Herlev	+	+	+	+	÷	+	+
1. Langeland	+	+	+	+	÷	+	+
1. Mariagerfjord	+	+	+	+	÷	+	+
1. Odsherred	+	+	+	+	÷	+	+
1. Stevns	+	+	+	+	÷	+	+
1. Varde	+	+	+	+	÷	+	+
1. Vordingborg	+	+	+	+	÷	+	+
1. Aarhus	+	+	+	+	÷	+	+
2. Favrskov	+	+	+	+	÷	+	+
2. Faxe	+	+	+	+	÷	+	+
2. Glostrup	+	+	+	+	÷	+	+
2. Halsnæs	+	+	+	+	÷	+	+
2. Middelfart	+	+	+	+	÷	+	+
2. Norddjurs	+	+	+	+	÷	+	+
2. Sorø	+	+	+	+	÷	+	+
2. Syddjurs	+	+	+	+	÷	+	+
2. Vejle	+	+	+	+	÷	+	+
2. Vordingborg	+	+	+	+	÷	+	+
3. Esbjerg	+	+	+	+	÷	+	+
3. Fredensborg	+	+	+	+	÷	+	+
3. Greve	+	+	+	+	÷	+	+
3. Køge	+	+	+	+	÷	+	÷
3. Roskilde	+	+	+	+	÷	+	÷
3. Struer	+	+	+	+	÷	+	+
3. Tønder	+	+	+	+	÷	+	+
3. Vejen	+	+	+	+	÷	+	+
3. Aalborg	+	+	+	+	÷	+	+
3. Aarhus	+	+	+	+	÷	+	+
Antal	30	30	30	30	0	30	28
Procent	100 %	100 %	100 %	100 %	0 %	100 %	93 %

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews.
*) et + angiver de forhold som gør sig gældende om projekternes metoder og mekanimser. Et ÷ angiver, at forholdet ikke var til stede.

Interventionsformen i de specifikke indsatser kan endvidere skelnes mellem at være enten individbaseret, gruppebaseret eller en blanding af begge.

Ses dette i forhold til succesfuld gennemførsel, er der ikke et tydeligt mønster på tværs af indsatser (se tabel 4-9).

Tabel 4-9- Interventionsform i forhold til gennemførelsesprocent

Interventionsform	Antal indsatser med gennemfø-relse min. 70 %	Antal indsatser uden gennemfø-relse 70 %	Gennemførel-sesprocent ikke oplyst	I alt
Gruppebaseret	6 (35 %)	3 (18 %)	8 (47 %)	17 (100 %)
Individbaseret	3 (38 %)	Ingen	5 (62 %)	8 (100 %)
Gruppe- og indi-vid-baseret	5 (29 %)	6 (35 %)	6 (35 %)	17 (100 %)

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Tabellen viser, at andelen af indsatser med en gennemførelse på minimum 70 pct. fordeler sig jævnt inden for de forskellige interventionsformer. Endvidere er der en høj andel manglende oplysninger om gennemførelsesprocenten på tværs af interventionsformerne. Således kan der ikke konkluderes entydigt omkring interventionsformens betydning for gennemførelse.

Hvad angår indsatsernes teoretiske tilgange og metoder, er der på tværs af de 30 kommuner følgende gengangere, som anvendes i flere indsatser:

- *Den motiverende samtale*
- *Små skridt*-metoden
- *Du bestemmer*-metoden
- *Systemisk/narrativ teori/samtalemetode*
- *Mestringsteori (Antonovsky).*

Som det også fremgår af næste afsnit, er der dog kun i få tilfælde tale om, at projekterne har fulgt eksisterende forskrifter for et specifikt program til fulde. Der har i høj grad været tale om tilpasning af principperne i de ovennævnte teorier og metoder til den enkelte indsats.

Erfaringer med læring og mestringsmetoden

I løbet af projektperioden oplever projektet, at de yngste deltagere (5.-6. klasse) ikke har fået nok ud af lærings- og mestringsmetoden, som den forelå: *"De yngste deltagere havde således meget svært ved at arbejde målrettet med sig selv og reflektere over konsekvenserne af deres livsstil."*

Derfor inddrog projektet Små skridt-metoden: *"Inddragelsen af Små skridt-metoden har virket rigtig godt (…), idet arbejdet med egne vaner blev begribeligt og håndterbart for deltagerne."*
(Struer, egenevaluering)

Implementering af kodificerede indsatser

Det er endvidere interessant at belyse, hvilke indsatsstrategier kommunerne har anvendt. Overordnet set kan der skelnes mellem projekter, som arbejder med enten (i) kodificerede indsatser eller (ii) ikke-kodificerede indsatser.

Ved *kodificerede indsatser* forstås fulde indsatser (programmer), hvor en skriftlig protokol som minimum beskriver indsatsens kernekomponenter (fx 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.

Rambøll har gennemgået kommunernes materialer for at kortlægge, om indsatserne kan betegnes som beskrevne i forhold til følgende komponenter:

1. Målgruppe – hvilke karakteristika kendetegner målgruppen?
2. Effekter – hvilke typer effekter skaber programmet?
3. Uddannelses- og kompetenceprofil hos udøverne – hvad er minimumskrav til deres uddannelsesbaggrund, efteruddannelse, erfaring, certificering?
4. Teoretisk grundlag – hvilket teoretisk fundament hviler metoden på?
5. Empirisk grundlag – er der tidligere erfaringer, forskning mv., som sandsynliggør, at indsatsen kan lykkes?
6. Pædagogisk/psykologisk metode – er der bestemte metoder, som anvendes?
7. Varighed – hvad er den tidsmæssige tilrettelæggelse (dage, uger, måneder, år)?
8. Lokalitet – er der særlige forhold om lokalitet, som er væsentlige?
9. Sekvens – hvilke faser er der i forløbet, og hvad er de centrale milepæle?
10. Teknologi og værktøjer – hvilke værktøjet bruges til hvilke formål?

Den tværgående evaluering viser, at projekterne kun i mindre omfang kan betegnes som velbeskrevne i forhold til kernekomponenterne i deres indsats (se Tabel 5-9 i bilag). Kun fire ud af 42 indsatser kan således betegnes som kodificerede.

"MEND-programmet er et idræts- og livsstilsprogram udviklet i England siden 2001 af ledende eksperter i ernæring og børnepsykologi i samarbejde med det internationalt anerkendte børnehospital Great Ormond Street Hospital for Children. MEND er en indsats, der fokuserer på adfærdsændring omkring usund livsstil (Mind), motion for de overvægtige børn (Exercise), ernæringsundervisning (Nutrition), og er et praktisk orienteret forløb, der har til hensigt at give de børnefamilier, som kæmper med overvægt, nogle brugbare redskaber til at styre sundt igennem dagligdagen (Do it!).

MEND er udviklet til at få overvægtige børn i alderen 7-13 år og et medlem af deres familie til at dyrke mere motion, spise sundere og få et bedre selvværd gennem et sjovt 9 ugers efter-skole-forløb. MEND er gruppebaseret og samler ca. 15 børn og 15 forældre 2 gange 2 timer om ugen. MEND sætter således trivsel, livskvalitet og varig livsstilsændring i familien i centrum."
(Halsnæs, egenevaluering)

Tre af disse indsatser er kendetegnet ved, at det er veldokumenterede og effektive evidensbaserede metoder, som er blevet afprøvet i en dansk kontekst (Halsnæs og Vordingborg (begge fra 2. udm.). Aarhus (3. udm.) karakteriseres ved at være mindre kodificeret end de tre øvrige. Aarhus har bygget videre på modellen, der blev afprøvet i 1. udmøntning.

Det kan således konstateres, at indsatserne kun i begrænset omfang efterlader et materiale, der på nuværende tidspunkt bevirker, at indsatserne kan gentages (replikeres) i en ny kommune eller, på et senere tidspunkt, i samme kommune.

4.3.2 Opfølgning

Omfanget og karakteren af opfølgningen varierer på tværs af de specifikke indsatser. Vi har her sondret mellem opfølgning[42] undervejs i forløbet og opfølgning efter forløbet er afsluttet.

En gennemgang af kommunernes specifikke indsatser viser, at der i 22 af 30 kommuner (73 pct.) har været iværksat forskellige opfølgningstiltag *undervejs* i forløbet.

I 15 af 30 kommuners specifikke indsatser (50 pct.) har der været iværksat opfølgning, *efter* forløbet er afsluttet.

Indholdet af opfølgningen undervejs har ligeledes varieret.

Nogle indsatser har udelukkende gennemført kvantitativ opfølgning på fx udvikling i BMI og vægt, hvorimod andre også har gennemført opfølgningssamtaler (med fokus på motivation/målsætninger og/eller de kvantitative resultater).

Ligeledes har hyppigheden af opfølgning efter forløbets afslutning været varierende fra månedlige til kvartalsvise og halvårlige opfølgningsmålinger.

[42] Med opfølgning forstås, at der i projektet enten er foregået statussamtaler eller vejninger, hvor målgruppen er blevet involveret i status for deres personlige udvikling i indsatsen – enten hvad angår kvalitative eller kvantitative forhold (fx målsætninger, BMI, motivation mv.).

Betydningen af opfølgning undervejs i forløbet for gennemførelsen er søgt belyst i QCA-analysen. Der ses her ingen klar tendens, idet opfølgning i løbet af projektet er forekommet på tværs af indsatser med både succesfuld og ikke-succesfuld gennemførsel[43]. Således var der opfølgning undervejs i 8 ud af 13 indsatser (62 pct.), hvor deltagerne succesfuldt har gennemført programmet. Omvendt var der også opfølgning i 6 ud af 9 indsatser uden succesfuld gennemførelse.

4.3.3 Fastholdelse

Rambøll har ligeledes undersøgt de foreliggende data vedrørende fastholdelse af målgruppen igennem indsatsen.

På tværs af kommunerne ses det, at der i høj grad har været tale om indirekte fastholdelsesaktiviteter i indsatserne. Således har der sjældent været eksplicitte fastholdelsesstrategier for at undgå frafald undervejs (se Tabel 5-7 i bilag).

Frafald

De tilgængelige data om gennemførelse og frafald er behæftet med en del usikkerhed. For det første er det ikke entydigt, hvordan gennemførelse og frafald er defineret og beregnet på tværs af indsatserne. Der kan således være en variation her, der giver en usikkerhed[44]. For det andet giver data fra kommunernes afrapportering og evaluering ikke et klart billede af frafald og gennemførelse. Således viser data, at:

- 27 af 30 (90 pct.) kommuner angiver, hvor stort et antal personer der har deltaget i indsatsen.
- 10 ud af 30 kommuner (33 pct.) ikke angiver, hvor stort et antal eller andel af deltagere der har gennemført eller er faldet fra indsatsen.

De resterende kommunale indsatser viser en endog meget stor variation i antallet af deltagere, der har gennemført de specifikke indsatser. Antallet af deltagere varierer fra syv til 144, hvilket fremgår af Tabel 5-8 i bilaget. Ligeledes viser andelen af deltagere, der har gennemført indsatsen, at variere markant fra 17-100 pct.

I QCA-analysen er der analyseret på forskellige faktorer, som, man kunne forvente, influerede på gennemførelsesprocenten. Der er dog igen ingen klare tendenser i data. De belyste faktorer er - ud over de tidligere belyste i nærværende afsnit - hvorvidt familierne har deltaget i projektet, om projektets geografiske placering var en udfordring, og om kompetenceudvikling af professionelle har haft en betydning for gennemførelsesprocenten (Se Tabel 5-13 i bilag).

---

[43] Data er dog præget af en del manglende oplysninger, idet der ikke er angivet gennemførelsesprocent i 19 kommuner.

[44] Fx kan en person med deltagelse på 65 pct., men som ikke deltog i to sidste gange, være beregnet som frafalden i én indsats, mens vedkommende kan være noteret som gennemført i en anden indsats pga. at sin fremmøde-andel.

4.3.4 Videreførelse af projekter

Det gælder på tværs af projekterne i nærværende pulje, at der har været tale om udviklingsprojekter. Derfor er en komplet forankring og videreførelse efter projektperioden ikke nødvendigvis et mål. Det er dog fortsat relevant at belyse, i hvor høj grad de specifikke indsatser er blevet helt eller delvist videreført.

I alt 24 ud af 42 specifikke indsatser blev enten helt eller delvist videreført efter projektperiodens afslutning[45]. Typisk er der tale om delvis videreførelse.

I det følgende anvendes QCA-datasættet til at belyse forskellige forholds betydning for videreførelse. I den forbindelse er det væsentligt at holde for øje, at beslutning om videreførelse ikke nødvendigvis udelukkende tages på baggrund af indsatsens resultater. Derimod må forhold vedrørende organisering, økonomi, ledelsesopbakning også forventes at påvirke beslutningen om videreførelse.

Indsatsernes effekters betydning for videreførelse

Et centralt fund er, at indsatsernes effekter[46] tilsyneladende ikke er af afgørende betydning for, om de videreføres (se QCA-datasæt).

Der er syv ud af 24 indsatser (29 pct.), som bliver videreført, der samtidigt har opnået tilsyneladende effekt[47] hos deltagerne. Derudover videreføres fem indsatser (21 pct.) uden opnået effekt. De resterende 12 indsatser (50 pct.), som videreføres, har det ikke været muligt at vurdere effekter af. Til sammenligning er der fire ud af 11 tilsyneladende effektive indsatser (36 pct.), som enten ikke videreføres, eller hvor der ikke er information herom.

Ud af de 13 indsatser, som bliver videreført (helt eller delvist) fra 2. udmøntningsfase, har blot fire indsatser (31 pct.) været tilsyneladende effektive. For 3. udmøntningsfase gælder dette blot én ud af syv videreførte indsatser (14 pct.). Deraf er det tydeligt, at indsatsernes effektivitet ikke har vægtet højest i beslutningen om, hvorvidt en indsats har skullet videreføres eller ej. Det er dog væsentligt også at pointere, at kun få tilsyneladende effektive indsatser (tre ud af 11 indsatser (27 pct.)) ikke bliver videreført.

Udmøntningsrundens betydning for videreførelse

Hvad angår tendenser i videreførelse på tværs af udmøntningsrunder, ses det, at langt flere indsatser fra 2. og 3. udmøntningsfase blev videreført (helt eller delvist) i forhold til indsatser fra 1. udmøntningsfase. Dette på trods af at finanskrisen ikke havde berørt kommunernes økonomi i 2008, og den økonomiske situation derfor ikke kan have været årsagen til, at så få indsatser i denne udmøntningsfase ikke er blevet videreført. Til gengæld er denne tendens, sammenholdt med projektledernes ansættelsesform, interessant. Der var (som nævnt i afsnit 4.1.2) overvejende flest

---

[45] De resterende er ikke videreført (manglende oplysninger for 7 projekter).

[46] Se afsnit 4.4 for uddybning om klassificering af effektive indsatser.

[47] Se definition af "tilsyneladende effekt" i afsnit 4.4.

fastansatte projektledere i 2. og 3. udmøntning og i højere grad projektansatte i 1. udmøntning.

Tabel 4-10 - Indsatser som bliver videreført fordelt på udmøntningsfaser

Udmøntningsfase	Antal indsatser, som bliver videreført	Antal indsatser, som ikke bliver videreført	Antal indsatser, hvor data mangler ift. videreførelse	I alt
1. udmøntningsfase (afsluttet medio 2008)	5 (36 %)	5 (36 %)	4 (28 %)	14 (100 %)
2. udmøntningsfase (afsluttet ultimo 2010)	12 (67 %)	5 (28 %)	1 (5 %)	18 (100 %)
3. udmøntningsfase (afsluttet ultimo 2011)	7 (70 %)	1 (10 %)	2 (20 %)	10 (100 %)

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews.

Organisatoriske forholds betydning for videreførelse

Organiseringen omkring de kommunale projekter fremstår at have en betydning for, om indsatserne videreføres eller ej. 14 ud af 24 indsatser (58 pct.), som videreføres (enten helt eller delvist), havde velfungerende styregrupper tilknyttet, og der er således en svag tendens til, at indsatser med en velfungerende styregruppe i højere grad videreføres sammenlignet med indsatser uden dette. Dog er tendensen svag, og styregruppens funktion fremstår således ikke som en direkte barriere for videreførelsen.

Andre organisatoriske faktorer, som har en betydning for, om indsatserne bliver videreført eller ej, er, om de professionelle, der er centrale for opsporingen af deltagere til projektet, overordnet opfatter indsatsen som legitim. Dette anses som relevant for videreførelsen, da projekternes forsatte rekruttering af deltagere i høj grad afhænger af disse professionelle. Der er 13 ud af 24 indsatser (54 pct.), som videreføres, enten helt eller delvist, hvor indsatsen bliver opfattet som legitim blandt de professionelle, der er centrale for opsporing. Yderligere er der to indsatser, som videreføres (8 pct.), hvor indsatsen delvist bliver opfattet som legitim blandt de professionelle, der er centrale for opsporingen. Derved er tendensen, at to tredjedele af de videreførte indsatser enten helt eller delvist opfattes som legitime af de professionelle[48].

Når indsatserne opfattes som legitime af andre professionelle, er det forventeligt, at flere faggrupper støtter op om indsatsen, og derved er det sandsynligt, at indsatsen bliver videreført, når der er en bred, faglig opbakning.

[48] Denne analyse skal dog læses med det forbehold, at der er mange manglende oplysninger i QCA-datasættet vedr. denne oplysning.

Indsatsers interventionsform og varigheds betydning for videreførelse

Det er endvidere interessant at belyse, hvorvidt indsatsernes form, varighed og intensitet har betydning for videreførelse af de specifikke indsatser.

Tabel 4-11 – Indsatser, som bliver videreført, fordelt på interventionsformen

Interventionsform	Antal indsatser, som bliver videreført	Antal indsatser, som ikke bliver videreført	Antal indsatser, hvor data mangler ift. videreførelse	I alt
Gruppebaseret	10 (59 %)	4 (24 %)	3 (18 %)	17 (100 %)
Individbaseret	4 (50 %)	3 (38 %)	1 (13 %)	8 (100 %)
Gruppe- og individbaseret	10 (59 %)	4 (24 %)	3 (18 %)	17 (100 %)

Kilde: Egenevalueringer.

Af tabel 4-11 fremgår det, at der er en svag tendens til, at en højere andel gruppebaserede eller både gruppe- og individbaseret indsatser er blevet videreført i forhold til rene individbaserede indsatser. Det er ligeledes sandsynligt, at disse indsatsers form bevirker, at de er mindre omkostningsfulde, sammenlignet med individbaserede indsatser, hvilket kan være af betydning.

Hvad angår varighed og intensitet af indsatserne og deres fordeling i forhold til videreførelse af indsatsen, ses det af nedenstående tabel (4-12), at der er en tendens til, at indsatser med lav intensitet i højere grad videreføres. De indsatstyper som i mindre grad videreføres er de mest ressourcekrævende (af høj intensitet i enten kortere eller længere tid).

Tabel 4-12 – Indsatser, som videreføres, fordelt på intensitet og varighed

Intensitet og varighed	Antal indsatser, som bliver videreført	Antal indsatser, som ikke bliver videreført	Antal indsatser, hvor data mangler ift. videreførelse	I alt[49]
Høj intensitet – lang varighed[50]	4 (44 %)	2 (22 %)	3 (33 %)	9 (100 %)
Høj intensitet – kort varighed[51]	1 (25 %)	1 (25 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
Lav intensitet – lang varighed[52]	10 (71 %)	3 (21 %)	1 (7 %)	14 (100 %)
Lav intensitet – kort varighed[53]	7 (64 %)	3 (27 %)	1 (9 %)	11 (100 %)

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Tendensen er således, at det er de mindre omfangsrige indsatser (med en lav intensitet), som i højere grad bliver videreført. Denne tendens må dog ses med det forbehold, at andelen af indsatser, hvor data om videreførelse mangler er højere for indsatser af høj intensitet. Der kan således ikke konkluderes endeligt på denne tendens.

Målsætningers betydning for videreførelse

Som tidligere beskrevet, har de kommunale projekter haft målsætninger vedrørende effekt og proces, som Rambøll har vurderet i forhold til de såkaldte SMART-kriterier. SMART kan anvendes til at fastslå, hvorvidt projekterne har haft præcise succeskriterier for deres indsats, hvilket er interessant at sammenligne, i forhold til hvilke projekter der videreføres. Der er ganske få projekter, der har haft SMARTe målsætninger, både i forhold til proces og effekt. Derfor giver det ikke mening at belyse disse få tilfælde analytisk.

Betragtes effekt- og procesmålsætninger imidlertid separat, ses det, at 8 ud af 15 indsatser med SMARTe effektmålsætninger blev videreført. Endvidere ses det, at fire ud af otte indsatser med SMARTe procesmålsætninger blev videreført. Disse i alt 12 indsatser udgør 50 pct. af de videreførte indsatser (24 indsatser videreføres helt eller delvist). Således ses der ingen tendenser mht. SMART-målsætningerne i forhold til videreførelse af projekterne.

---

[49] Indsatser i alt summere til 38, da ikke alle indsatser kunne klassificeres ift. intensitet og varighed. Således mangler data herom for fire indsatser.

[50] Defineret som: "Mere end én aktivitet (forskellige eller af samme type) ugentligt i et ½ år (eller derover) Mere end én aktivitet (forskellige eller af samme type) ugentligt i et ½ år (eller derover)."

[51] Defineret som: "Mere end én aktivitet (forskellige eller af samme type) ugentligt i under et ½ år."

[52] Defineret som: "Kun en aktivitet ugentligt (eller mindre) i et ½ år (eller derover)."

[53] Defineret som: "Kun en aktivitet ugentligt (eller mindre) i under et ½ år."

Alt i alt giver analysen ikke et klart billede af, hvilke faktorer der har betydning videreførelse. Dog viser data, at projekternes effektivitet ikke har en særskilt betydning. Der er derimod en tendens til, at følgende typer indsatser i højere grad er blevet videreført:

- Indsatser fra 2. og 3. udmøntning
- Indsatser med velfungerende styregrupper

Således synes den videre implementering og forankring af de specifikke indsatser efter projektperiodens ophør i højere grad at tage udgangspunkt i mere organisatoriske forhold end i de konkrete resultater af de specifikke indsatser.

4.4 Evaluering og effekter

I dette afsnit gennemgås de evalueringsdesigns, der har været anvendt i de forskellige egen-evalueringer, og hvilke konsekvenser der har været i forhold til en vurdering af den samlede effekt på et programniveau. Herefter vurderes, hvilke tilsyneladende effekter som indsatserne dokumenterer. Endeligt analyseres sammenhænge mellem effekter og forskellige faktorer i indsatsernes design og implementering.

4.4.1 Evalueringsdesign

Der har fra Sundhedsstyrelsens side været krav om, at der skulle gennemføres en ekstern evaluering af kommunernes projekter. Der har imidlertid ikke været formuleret krav til evalueringsdesign og -spørgsmål i disse evalueringer.

På tværs af udmøntningsrunder ses det, at størstedelen af projekterne har gennemført både proces- og effektevaluering af deres specifikke indsatser (se Tabel 5-5 i bilag), og der er således i højere grad fokus på effekter af disse indsatser i forhold til de generelle indsatser.

For størstedelen af evalueringerne er der tale om før- og eftermålinger af de deltagende børn uden brug af sammenligningsgrupper - ét projekt anvender kontrolgruppe (på skoleniveau) (Vordingborg, FitKid) og et andet projekt har haft en referencegruppe (Greve). Således er der overvejende tale om effektmåling vha. ikke-eksperimentelle designs. Udsagnskraften fra disse anses generelt for at være på et lavere evidensniveau end eksperimentelle designs.

"I forbindelse med børnenes udvikling i BMI, er de børn, som sagde "Nej tak" til deltagelse i projektet, men som alligevel via vægt og højde registrering er blevet fulgt af sundhedsplejerskerne, blevet anvendt som en referencegruppe. Deres udvikling i BMI sammenholdes med de deltagende børns BMI."
(Greve, egenevaluering)

Der har ligeledes ikke været ensartet anvendelse af instrumenter til at måle effekt. Her har der typisk været anvendt kvantitative målinger ved opgørelse af BMI (vægt/højde) (20 kommuner (67 pct.) opgør dette kvantitativt). Derudover opgør nogle kommuner (udelukkende) vægt (47 pct.) og taljemål (27 pct.), og enkelte

fedtprocent (7 pct.) (se Tabel 5-5 i bilag). De kommunale evaluatorer har haft varierende praksis, i forhold til om BMI er opgjort aldersjusteret eller ej. Desuden er der variation i, hvorledes stagnation og fald/øgning af BMI defineres på tværs af kommunerne, og ikke alle er eksplicitte omkring disse valg. Dette er en væsentlig svaghed, idet det i praksis betyder, at man på tværs af projekter har været langt fra en fælles indikator for overvægt.

Desuden sætter flere projekter fokus på mellemliggende effekter, såsom ændringer i vaner og adfærd, fx trivsel (77 pct.) og kost- og motionsvaner (80 pct.). Disse er typisk undersøgt kvalitativt eller vha. forskellige instrumenter. Flere kommuner opgør også disse mellemliggende aspekter af børne- og ungdomsovervægt kvantitativt, men ikke alle anvender både før- og eftermåling.

Den interne validitet (i hvilken grad de observerede effekter gælder for undersøgelsesdeltagerne) af evalueringernes kvantitative analyser er varierende. Dette skyldes først og fremmest de varierende og ofte store frafaldsandele i indsatserne (jf. afsnit 0). Dette giver i sidste ende et skævt billede af indsatsens effekter, når udelukkende individer, der har gennemført indsatsen, er inkluderet. Disse udfordringer udgør alt i alt væsentlige forbehold i analysen af indsatsernes effekter.

Endvidere er indsatserne forskellige i varighed og hyppighed samt målrettet forskellige målgrupper på tværs af kommuner, hvilket udfordrer sammenligning på tværs af indsatserne.

Evalueringernes valg af evalueringsdesign, opgørelsespraksis og analytiske tilgange til de kvantitative resultater betyder, at fundene skal fortolkes med betydelig forsigtighed.

Ovenstående forhold betyder, at det kun i begrænset omfang er muligt at sammenligne indsatsernes resultater. Imidlertid er det fortsat interessant at forsøge at identificere indsatser, hvor resultaterne indikerer, at indsatsen *tilsyneladende* er effektiv eller ineffektiv.

4.4.2 Effekter

Som nævnt ovenfor, er det at vurdere effekten af de forskellige indsatser forbundet med betydelige forbehold. For at gennemføre QCA-analyser skal alle effekter kategoriseres i en binær variabel (dvs. max to mulige kategorier). Via en binær variabel belyses således, hvorvidt indsatserne tilsyneladende er effektive (dvs. har en effekt) eller er ineffektive (dvs. ikke har effekt).

Som beskrevet ovenfor, har 20 ud af 30 projekter anvendt BMI som kvantitativ effektindikator i forhold til målgruppen og er derfor den klart mest anvendte indikator. Følgelig har vi anvendt denne til at kategorisere de specifikke indsatser som hhv. effektive eller ineffektive.

Vi har yderligere måtte forholde os til to forhold: *Andelen*, som fik målt stagnerende eller faldende BMI[54], og *antallet* i målgruppen, hvor dette blev konstateret.

[54] I to tilfælde inkluderes projekter med hhv. opgørelse af vægt og fedtprocent. For det ene projekt, fordi andelen med fald/stagnation, sammenholdt med antal målte børn, er på et højt niveau (Herlev). For det andet projekt gør

Andelen indikerer omfanget af effekten og derfor, om metoden har en virkning for målgruppen og ikke kun for enkelte individer, mens *antallet* giver et fingerpeg om, hvorvidt effekterne kan tilskrives statistisk variation pga. lille antal observationer.

Vi har således opstillet kriterier for, at andelen med effekt skal overstige 67 pct. ved grupper under 50 individer og 50 pct. ved grupper over 50 individer[55]. Efter vores vurdering giver dette, med de beskrevne forbehold in mente, en robust vurdering af, om indsatsen har været tilsyneladende effektiv eller ej.

Tabel 4-13 – Binær fordeling af indsatser som hhv. tilsyneladende effektive og ineffektive

N (antal børn) / Effekt	Færre end 50 børn (< 50)	50 eller flere børn (≥ 50)
Min. 67 % af børnene har stagnation eller fald i BMI i slutmåling	Indsats vurderes som tilsyneladende **effektiv**	Indsats vurderes som tilsyneladende **effektiv**
Min. 50 % af børnene har stagnation eller fald i BMI i slutmåling	Indsats vurderes som tilsyneladende **ineffektiv**	Indsats vurderes som tilsyneladende **effektiv**
Der er ikke dokumenteret fald eller stagnation i BMI i slutmåling	Indsats vurderes som tilsyneladende **ineffektiv**	Indsats vurderes som tilsyneladende **ineffektiv**
Slutmåling fremgår ikke af dokumentation	Indsats vurderes som tilsyneladende **ineffektiv**	Indsats vurderes som tilsyneladende **ineffektiv**

det sig gældende, at ændringen i fedtprocent er sammenholdt med en kontrolgruppe, hvilket i højere grad end før- og eftermålinger uden sammenligningsgruppe sandsynliggør, at den iagttagede ændring kan tilskrives indsatsen.

[55] Projekter med under 10 observationer er ikke inkluderet, idet der er tale om et så lille antal observationer, at der er stor usikkerhed i beregningen.

Tabel 4-14 – De specifikke indsatsers kvantitative data vedr. deltagernes gennemførelse og resultater ift. stagnation/vægttab

Kommune	Antal m. stagnation eller fald / Andel med måling	Gennemført	Resultater for effektmål (endline)	Resultater (opfølgende målinger)	Tilsyneladende effekt
1. Frederikshavn	Data mangler	Data mangler	Gennemsnitlig øges BMI fra 17,6 til 18,7		
1. Gladsaxe	48/71	80	Efter 1 år: 40 % opnåede fald i BMI og 28 % opnåede stagnation i BMI	30 % opnåede vægttab i forhold til projektstart, og 19 % stagnation	X*
1. Herlev	Lille Tigerspring: 31/53 Store Tigerspring: 4/12	Lille Tigerspring: 54 Store Tigerspring: 18 i 2006, 8 i 2008	Lille Tigerspring: 38 % med vægttab, 21 % stagnation i vægten, og 42 % er øget i vægt Store Tigerspring: hold 2006: 25 % med vægttab, 8 % med stagnation og 67 % med vægtstigning, hold 2007: 25 % med vægttab og 75 % med vægtstigning	Data mangler	X (Lille Tigerspring)
1. Langeland	÷	÷	Data mangler	Data mangler	
1. Mariagerfjord	÷	÷	Data mangler	Data mangler	
1. Odsherred	Familieskolen: ?/18 Øvrige ikke opgjort	Familieskolen: 18	Familieskolen: ingen signifikant ændring i BMI	Data mangler	
1. Stevns	23/27	42	BMI 45 % med fald i BMI, 10 % med stabilisering og 10 % med øget BMI, (35 % frafald ved BMI-måling 15 børn)	Data mangler	X
1. Varde	Data mangler	Data mangler	Gennemsnitlig falder BMI med 0,4.	Data mangler	
1. Vordingborg	Data mangler	41	Ingen ændring	Data mangler	
1. Aarhus	21/33	Data mangler	Vægtstabilisering ved 21 ud af 33 af børnene.	Data mangler	

Kommune	Antal m. stagnation eller fald / Andel med måling	Gennemført	Resultater for effektmål (endline)	Resultater (opfølgende målinger)	Effekt
2. Favrskov	Delprojekt 1: ? Delprojekt 2: 9/13, Delprojekt 3:14/18	Delprojekt 1: 33 Delprojekt 2: 13 Delprojekt 3: ?	Delprojekt 2: 54 % børn fald i BMI, 15 % børn med stabilisering, Delprojekt 3: 75 % af børnene med forhøjet BMI eller risiko for begyndende overvægt blev stabiliseret (56 %) eller faldt (19 %)		X (delp. 2 og 3)
2. Faxe	÷	÷	Data mangler	Data mangler	
2. Glostrup	2/4	Data mangler	BMI SDS: To af børnene faldt i BMI, to børn øgede BMI	Data mangler	
2. Halsnæs	26/26	26	Børnenes BMI gennemsnitligt reduceret med 1,0 enhed og BMI SDS svarende til reduceret med 0,2 enhed	BMI gennemsnitligt reduceret med 1.7-enhed, BMI SDS = 0,48 enheder	x
2. Middelfart	30/40	40	75 % af de deltagende børn mellem 7 og 10 år har haft et faldende eller stagnerende BMI.	Data mangler	x
2. Norddjurs	23/40	Data mangler	19 børn faldt i BMI-percentil, 4 var uændret, mens 17 var steget i BMI-percentil	Data mangler	
2. Sorø	÷	÷	Data mangler	Data mangler	
2. Syddjurs	Data mangler	Indsats 2: 37 Indsats 3: 16	Delprojekt 2: Gennemsnitlig (insignifikant) stigning i BMI på 0,15 Delprojekt 3: Gennemsnitlige (insignifikant) stigning i BMI på 0,2.	Data mangler	
2. Vejle	Data mangler /73	Data mangler	Ændret BMI z-scores på -0,03 for piger og 0,08 for drenge (uændret sammenlagt for kønnene) (ikke signifikante resultater).	Data mangler	
2. Vordingborg	FitKid: Data mangler /144 Familievægtskolen: 17/25	FitKid: 144 Familievægtskolen: 25	FitKid: 33 % af deltagerne på interventionsskolerne reducerede deres fedtprocent imod 14 % på kontrolskolerne. Familievægtskolen: 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.	Data mangler	x

Kommune	Antal m. stagnation eller fald / Andel med måling	Gennemført	Resultater for effektmål (endline)	Resultater (opfølgende målinger)	Effekt
3. Esbjerg	9/14	Model 3: 14	Model 3: 64 % med fald eller stagnation i BMI/fedtprocent og taljemål	Data mangler	
3. Fredensborg	Data mangler /101	17	Data mangler	Data mangler	
3. Greve	44/54	Data mangler	Resultat: 79,6 % reduktion, 1,9 % stagnation og 18,5 % øgning i BMI SDS	Data mangler	x
3. Køge	Data mangler	60	Data mangler	Data mangler	
3. Roskilde	7/7	15	7 ud af 7 børn med fald i BMI	Data mangler	
3. Struer	÷	÷	Data mangler	Data mangler	
3. Tønder	22/37	37	57 % med reduktion i BMI, 43 % med øget BMI	45 % har reduktion i BMI (1 år eft)	
3. Vejen	Data mangler	75	Ikke entydigt mønster i oversigten af børnenes BMI.	Data mangler	
3. Aalborg	Data mangler	61	Resultat: Knap halvdelen tog på, mens den sidste halvdel har tabt sig (inkonklusiv)	Data mangler	
3. Aarhus	76/102	96	75 % med reduktion i BMI SDS (seneste opfølgningsmåling)	Data mangler	x

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.
*) Et x angiver, at den pågældende indsats er "tilsyneladende effektiv". Et ÷ angiver, at der ikke er kvantitativ opgørelse af effekt i projektet.

Tabel 4-14 viser, at størstedelen af de specifikke indsatser på tværs af udmøntningerne ikke kan klassificeres som tilsyneladende effektive, idet der ikke påvises et væsentligt fald eller stagnation i BMI blandt de deltagende børn.

Således kan 11 indsatser klassificeres som tilsyneladende effektive ud fra Rambølls inklusionskriterier. Af disse har fem indsatser målinger fra mere end 50 individer (Gladsaxe, Herlev, Vordingborg (FitKid), Greve, Aarhus).

Slutteligt skal det igen understreges, at tolkningen af de tilsyneladende effektive indsatser skal ske med stor forsigtighed. Ud over de førnævnte betydelige usikkerheder knyttet til denne klassificering peger forskning i øjeblikket på, at der på et mere generelt plan sker et fald i børneovervægt[56], hvorfor påviste fald/stagnationer i BMI hos projektdeltagerne også kan formodes at kunne tilskrives andre forhold end indsatsen.

4.4.3 Analyse

For at få et mere samlet overblik over, hvilke faktorer der har betydning for, om projekterne har skabt effekter hos deltagernes, er QCA blevet anvendt for at se, hvilke klare tendenser der er i ovenstående data.

Sådan læser du Qualitative Comparative Analysis:

De første kolonner indeholder de faktorer, som forventes at have betydning for QCA-analysens resultater (her projekternes rekrutteringssucces).

Hver række (her fra A til F) indeholder hver sin analyse-kombination af de forskellige faktorer i forhold til QCA-analysens resultat.

Nedenstående tabel viser, hvilke faktorer der har betydning for deltagernes opnåede effekt.

[56] Moss, A et al. Declining prevalence rates for overweight and obesity in German children starting school. Eur J Pediatry: July 2011

Tabel 4-15 – QCA-kombinationer af faktorer med betydning for effekten hos deltagerne

Faktorer med betydning for effekten hos deltagerne				QCA-analysens resultat	Kommunale indsatser
Række	Rekruttering af målgruppe uden problemer	Kun målgruppe visiteret til indsats	Gennemførelse (cut off 70 %)	Tilsyneladende effekt hos deltagerne	
A	Nej	Nej	Ja	Blandede tendenser	Odsherred (indsats 1 & 2), Vejen
B	Ja	Ja	Ja	Ja	Gladsaxe, Halsnæs, Middelfart, Aarhus
C	Nej	Ja	Nej	Blandede tendenser	Vordingborg (1. udm., 2. udm., indsats 1) Struer
D	Nej	Ja	Ja	Blandede tendenser	Favrskov (indsats 1), Syddjurs (indsats 1), Vordingborg (indsats 2), Esbjerg, Aalborg
E	Nej	Nej	Nej	Blandede tendenser	Favrskov (indsats 2 og 3), Tønder
F	Ja	Ja	Nej	Blandede tendenser	Stevns, Fredensborg

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews.

Af ovenstående tabel fremgår det af række B, at der for de kommunale indsatser, hvor deltagerne har opnået effekter gør sig følgende gældende:

- indsatserne har rekrutteret målgruppen uden problemer
- de har udelukkende visiteret målgruppen til indsatsgruppen
- og min. 70 pct. af deltagerne gennemførte indsatsen.

Som det fremgår af QCA-analysen, er denne faktor-kombination den eneste, som giver et entydigt billede af, om der tilsyneladende forefindes effekter hos projektdeltagerne. De resterende, mulige faktor-kombinationer (som fremgår af række A, C-F) indeholder både indsatser, hvor der er tilsyneladende effekt hos projektdeltagerne, og indsatser, hvor der ikke er.

Derved er det ligeledes interessant at supplere ovenstående analyse med en mere detaljeret analyse af, hvilke tendenser der ellers er i data, hvilket afrapporteres i det følgende.

Kodificering og målgruppedata har betydning for effektive indsatser

Det ses af analysen, at de fire indsatser med kodificering i udmøntningsrunderne alle har målgruppedata. Samtidig er disse tilsyneladende effektive. Dette indikerer, at kommunerne har haft en klar prioritering af, hvem der burde indgå i målgruppen, samt hvad indholdet af indsatsen var.

Endvidere er det tydeligt, at de indsatser, som har formået at have målgruppedata forud for opstart, i højere grad tilsyneladende opnår effekter hos deltagerne. I alt ni ud af 11 tilsyneladende effektive indsatser (82 pct.) havde således målgruppedata. Der er blot to ud af de 11 tilsyneladende effektive indsatser (18 pct.), som ikke havde målgruppedata**.** Derved fremstår det som en fordel for opnåelse af effekter hos projektdeltagerne, hvis indsatser forud for opstart har gjort sig tanker om, hvilken målgruppe der skal rekrutteres. Tendensen bliver yderligere forstærket, når man ser på de indsatser, som ikke har opnået effekter hos deltagerne. Der er otte ud af 12 ikke-effektive indsatser (67 pct.), hvor indsatser ikke har haft målgruppedata. Deraf fremgår det tydeligt, at en afklaring af målgruppen forud for opstart er vigtig for opnåelse af effekter hos deltagerne.

Indsatsernes varighed har betydning for effektive indsatser

I tabel 4-16 herunder fremgår det, hvilken intensitet og varighed indsatser har haft, i forhold til, om indsatserne tilsyneladende var effektive eller ej.

Tabel 4-16: Intensiteten og varighedens betydning for indsatsernes effekter

Intensitet og varighed	Indsatser med tilsyneladende effekt	Indsatser uden effekt	Antal indsatser, hvor data mangler ift. effekt	I alt[57]
Høj intensitet – lang varighed	4 (44 %)	3 (33 %)	2 (22 %)	9 (100 %)
Høj intensitet – kort varighed	Ingen	2 (50 %)	2 (50 %)	4 (100 %)
Lav intensitet – lang varighed	6 (43 %)	3 (21 %)	5 (36 %)	14 (100 %)
Lav intensitet – kort varighed	Ingen	2 (20 %)	8 (80 %)	10 (100 %)

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

I tabellen ovenfor ses en svag tendens til, at der er flest tilsyneladende effektive indsatser, når indsatsperioden har været af lang varighed. Der er ingen tilsynela-

[57] Indsatser i alt summere til 37, da ikke alle indsatser med oplysninger om effekt kunne klassificeres ift. intensitet og varighed. Således mangler data herom for fem indsatser.

dende effektive indsatser af kort varighed. Der er dog tale om et så spinkelt datagrundlag, at der ikke kan konkluderes endeligt herpå.

Gennemførelsesprocenten har betydning for effektive indsatser

Andre faktorer, som kunne formodes at have en betydning for, hvorvidt der tilsyneladende opnås effekt efter projektdeltagelse, er gennemførelsesraten i de enkelte indsatser.

Seks ud af de 11 tilsyneladende effektive indsatser (55 pct.) havde en gennemførelsesprocent på 70 pct. eller derover. Derved ses en tendens til, at de indsatser, som har opnået effekter, i højere grad har en høj gennemførelsesprocent. Tendensen bliver yderligere bekræftet, hvis man betragter de ikke-effektive indsatser. Her havde kun tre ud af 12 ikke-effektive indsatser (25 pct.) en gennemførelsesprocent over 70 pct.. De resterende lå enten under (fire) eller havde ikke opgjort gennemførelsesprocenten (fem).

Indsatser med lavere gennemførelsesrate, eller hvor data ikke er eksisterende, har således en mindre forekomst af effekter hos deltagerne. Tendensen taler derfor for, at når projektdeltagerne følger programmet og deltager i de planlagte aktiviteter, så er der større sandsynlighed for effekt. Det tyder på, at såfremt kommunerne får de rette deltagere til deres indsats, og de gennemfører indsatsen, så virker indsatsen og skaber effekter.

Opfølgning og velfungerende styregrupper har ikke betydning for effektive indsatser.

Ud over ovennævnte tendenser i data blev det i analysen endvidere tydeligt, at nogle faktorer mod forventning ikke viste sig at have betydning for, hvorvidt indsatserne var effektive.

Formodentligt kunne opfølgning under indsatsen have en betydning for den effekt, som deltagerne opnår. Der sås dog ingen klar tendens i data i forhold hertil. I alt syv ud af 11 tilsyneladende effektive indsatser (64 pct.) havde opfølgning under indsatsen. Samtidigt var der otte ud af 12 ikke-effektive indsatser (67 pct.), som også havde opfølgning under projektet. Således ses ingen umiddelbar sammenhæng eller tendens mellem opfølgning under projektet, og om projektdeltagerne opnår effekter.

Et andet formodet forhold af betydning var, hvorvidt en velfungerende styregruppe havde betydning for opnåelse af effekter. Som tidligere beskrevet, sås der i højere grad videreførelse af indsatser med velfungerende styregrupper. Forventningen var derfor, at, hvis projekterne havde en velfungerende styregruppe, ville det ligeledes betyde, at der var skabt ejerskab, og de involverede faggrupper derfor bakkede op om projektets aktiviteter. Dette kunne formodes at indikerer, at der ville være større sandsynlighed for, at de ville sikre, at indsatsen blev gennemført som planlagt og i sidste ende gav effekt hos deltagerne.

Denne tendens sås dog ikke, til trods for at syv ud af 11 tilsyneladende effektive indsatser (64 pct.) har haft en velfungerende styregruppe. Samme tendens gjorde sig nemlig også gældende blandt de ikke-effektive indsatser, hvoraf seks (ud af 12) også havde velfungerende styregrupper. Derved ses der ingen tydelig tendens til, at styregruppen skulle have haft en betydning for indsatsernes effektivitet.

4.5 Delkonklusion

Der er i 30 kommuner gennemført forskellige specifikke indsatser. Det er et fællestræk, at størstedelen af kommunerne har udviklet specifikke indsatser rettet direkte mod en relativt afgrænset målgruppe

Hvad angår de specifikke indsatsers *projektdesign* og herunder projekternes formål og målsætninger er fundet på tværs af puljeprojekterne, at der har været opstillet målsætninger for alle indsatser, men at de kun i mindre omfang har været SMART-sikrede, og fremstår således ikke præcise nok til at kunne være styrende for indsatsen.

Målgruppen for indsatserne har primært været børn med overvægt i førskolealderen/indskolingen og mellemtrinnet. I størstedelen af indsatserne har familien ligeledes været involveret. Projekternes primære arenaer for de specifikke indsatser har således været hjemmet og fritidstilbud.

De kommunale projekter har i høj grad benyttet samme kombination af metoder og mekanismer. 28 af 30 kommuner anvendte en kombination af direkte intervention med både kognitive og fysisk intervenerende mekanismer. Fokus for projekterne var på både vægttab, motion og psykosociale aspekter af overvægt.

Det har typisk været forskellige, primært kommunale aktører involveret i de specifikke indsatser. Her har sundhedsplejen været den væsentligste aktørgruppe. Også almen praksis og frivillige foreninger (ofte idrætsforeninger) har været søgt inddraget. Dog er der mindre gode erfaringer med disse aktører på tværs af projekterne.

Der har været fokus på kompetenceudvikling i størstedelen af de specifikke indsatser. Især sundhedsplejen og projektmedarbejderne har været i centrum herfor. Der foreligger ikke dokumentation for om disse aktiviteter har bidrages til kompetenceudvikling.

Ressourceforbruget i de specifikke indsatser har været svært at isolere, hvorfor det ikke har været muligt at konkludere om omkostninger per gennemført deltager eller per effekt.

Hvad angår de organisatoriske forhold i de specifikke indsatser er der – ud over en lignende organisatorisk struktur på tværs med en projektleder, en projektgruppe (eller flere delprojektgrupper) og en styregruppe - flere fastansatte projektledere i projekterne i 3. udmøntning i forhold til projekterne i 1. og 2. udmøntning.

Der er blandede tendenser i analysen af opsporing, rekruttering og visitation, herunder forskellige faktorers betydning for succesfuld rekruttering. Evalueringen peger dog på, at særligt klar målgruppe-afgrænsning og lokale data om målgruppens omfang og karakteristika har haft betydning for om, det er lykkedes at rekruttere målgruppen. Endvidere fremstår brugen af visitationssamtaler også som et vellykket redskab i rekrutteringen. Brugen af objektive visitationskriterier har særlig betydning for at rekruttere målgruppen konsistent til indsatsen. Fundene peger yderligere på at sundhedsplejen er en central opsporings og velfungerende rekrutteringskanal.

Det er i forhold til rekruttering endvidere væsentligt at pointere, at der på tværs af projekterne i de tre udmøntningsrunder har været udfordringer med rekruttere børn og unge til de specifikke indsatser. Dette antyder, at en god og stringent rekrutte-

ringsstrategi ikke gør det alene. Andre faktorer synes også at spille ind – ikke mindst som flere projekter antyder, at der fra start sættes fokus i det store ressourcebehov i rekrutteringsindsatsen. Således er det væsentligt at der afsættes tilstrækkelige ressourcer til gennemførelse af denne væsentlige aktivitet i projektet.

Der ses på tværs af de specifikke indsatser en stor variation i hvor høj grad det lykkedes kommunerne at fastholde børn og familier i projekterne (gennemførelsesprocenter varierer mellem 17 – 100 pct.).

Omkring to tredjedele af indsatserne er blevet videreført Data giver ikke et klart billede af hvilke faktorer har betydning herfor. Imidlertid viser data, at projekternes effektivitet ikke har en særskilt betydning. Der er derimod en tendens til, at følgende typer indsatser i højere grad er blevet videreført:

- Indsatser fra 2. og 3. udmøntning
- Indsatser med velfungerende styregrupper

Den samlede evaluering af effekten af de specifikke indsatser skal fortolkes med betydelige forbehold, da forskellig designs og praksis har været anvendt. Rambøll identificerede 11 indsatser, hvor fundene peger på, at de er *tilsyneladende* effektive.

Fundene peger på at kodificerede indsatser, og at kommunerne har data om målgruppen har betydning for om indsatserne tilsyneladende er effektive. Endelig er der en tendens til at indsatser med en høj andel deltagere, der har gennemført indsatsen også har været mere effektive.

5 Bilag

Tabel 5-1 – Oversigt over de kommunale projekter – generelle indsatser

Tabel 5-2 – Organisatorisk forankring af de generelle indsatser

Tabel 5-3 – Kommunal organisering af projekterne

Tabel 5-4 – Kompetenceudvikling i kommunerne

Tabel 5-5 – Type evalueringsdesign anvendt – generelle og specifikke indsatser

Tabel 5-6 – Oversigt over de kommunale projekter – specifikke indsatser

Tabel 5-7 – Opsporing, rekruttering og visitation – specifikke indsatser

Tabel 5-8 – Frafald i de specifikke indsatser

Tabel 5-9 – Kodificering af metoder

Tabel 5-10 – Økonomiske ressourcer for kommunale projekter

Tabel 5-11 – QCA-kombinationer af faktorer med betydning for rekruttering

Tabel 5-12 – QCA-kombinationer af faktorer med betydning for målgruppevisitation til indsatsen

Tabel 5-13 – QCA-analyse: Faktorer der ikke har betydning for, om deltagerne succesfyldt gennemfører programmet

Tabel 5-1 – Oversigt over de kommunale projekter – generelle indsatser

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
1. Frederikshavn	Den sunde cirkel	Børn i 4.- 6. kl.	Sundhedsplejersker	Skoler arbejder individuelt med at få øget sundhed på skoleskemaet.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, kommunallæge, prak. læger, højskolen Diget.
1. Gladsaxe	Flik-Flak	(0-18-årige)**	Sundhedsplejersker	Uddannelse af sundhedsmedarbejdere ved institutioner, skoler, SFO'er og klubber: fokus på sundhed og forebyggelse af overvægt. Opkvalificering af professionelle, uddanne legepatruljer i skoler og institutioner skal udvikle handleplaner for sund kost og bevægelse.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, SFO, pædagoger, dagpleje, Julemærkehjem.
1. Herlev	Tigerspring	(0-18-årige)**	Pædagoger, lærere m.fl. henviser til projektet via sundhedsplejen.	Opkvalificering af professionelle, uddanne legepatruljer i skoler og institutioner skal udvikle handleplaner for sund kost og bevægelse.	Data mangler	Sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, skolelærere, tandplejen, kommunallæge, Herlev Idrætsforening.
1. Langeland	Aktiv Skole	Fødsel-10 kl.	Sundhedsplejersker	Videreudvikling af sundheds-politik gældende for alle kommunens skoler, kursusaktiviteter for lærere og elever.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skoleledere, skolelærere, skolebestyrelser, pædagoger, foreninger, fritidsvejleder.
1. Mariagerfjord	Trivsel og Trav	3-12-årige	Sundhedsplejersker og PPR-medarb.	Indføre sund mad og øge fokus på fys. akt. i skoler, uddanne bevægelses- og trivselsambassadører, afholde bevægelsesdage mv.	Data mangler	Sundhedsplejersker, PPR, skolelærere, prak. læger, Julemærkehjem, foreninger.
1. Odsherred	Xtra fokus	0 år – 10 kl.	Sundhedsplejersker og sagsbehandlere	Opkvalificering af professionelle. Udvikling af kost- og motionspolitik i skoler og institutioner. Arrangementer for alle fx "Hop sjov i skov".	Data mangler	Sundhedsplejersker, lærere, pædagoger, kommunallæge, Skov- og Naturstyrelsen, lokale foreninger, Odsherred Teater.
1. Stevns	Guldklumperne	0-6-årige	Sundhedsplejersker og prak. læger.	Udvikling af kost- og bevægelses-politik, kompetenceudvikling af personale i daginstitutioner, skoler, sundhedspl.-hjemmebesøg	Data mangler	Sundhedsplejerske, prak. læger, skolelærere, Julemærkehjem, frivillige foreninger, forældrebestyrelser.

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
1. Varde	Rend og Hop	0-18-årige	Sundhedsplejersker	Udvikling af politikker for kost og leg i daginstitutioner, skoler og SFO, opkvalificering af lærere, pædagoger m.fl.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, pædagoger, idrætsforeninger, DGI.
1. Vordingborg	Den Gode Cirkel	0-18-årige	Sundhedsplejersker, kommunallæge og prak. Læger.	Udvikling af sundhedspolitik for alle skoler og fritidshjem i kommunen, forbedre rammerne for fys. akt., etablering af legepatruljer.	Data mangler	Sundhedsplejersker, kommunallæge, prak. læger, skolelærere, idrætsforeninger, Gerlev Idrætshøjskole, Rigshospitalet.
1. Aarhus	Aarhus har en fed plan	0-18-årige	Sundhedsplejersker.	Udarbejdelse af handleplaner, øget sundhedsundervisning i skoler. Tilbud om motionsforløb og rådgivning til overvægtige børn/unge.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, jordmødre, Videnscenter for Børnesundhed, Videnscenter for Pædagogisk Udvikling.
2. Favrskov	Let barnet – styrk familien	Småbørnsfamilier og skolebørn.	Sundhedsplejersker	Børnemonitorering: Etablering af sammenhængende henvisningssystem; Kompetenceudvikling af fagpersoner på børn- og ungeområdet (Sundhedsambassadører). Netværksorganiseringer af fagpersoner lokalt og på tværs i kommunen. Temaaftener og familiearrangementer. Forløb for overvægtige nybagte mødre med henblik på at motivere og inspirere til at integrere bevægelse og fysisk aktivitet i familiens hverdag, samt at styrkelse forældrenes handlekompetencer. Delprojekt 2 Forløb for overvægtige børn i indskolingen med fokus på bevægelse og sund livsstil. Delprojekt 3 Overvægtige børn tilknyttes en idrætsforening med henblik på at understøtte sundere mad- og bevægelsesvaner.	Data mangler	Sundhedsplejen
2. Faxe	Faxe Kommunes overvægtsindsats år 2007-	3½-årige og deres familier.	Bred Markedsføring	Politik for kost og fysisk aktivitet. Opkvalificering – pædagogiske sund-	Data mangler	Sundhedsplejen, Familierådgivningen, Dagtilbudsforvaltningen, kommunens

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
	2010	Alle børn og familier. Personalet på alle børneinstitutioner		hedsmedarbejdere. Livsstilsbesøg for 3½-årige og deres familier. Mad, motion & sundheds-coaching Ungdomsskolehold om mad, måltid og motion. Familieteam Tværfagligt familievejledningsteam vejleder familier om kost- og motions og gennemfører familiekonsultation.		daginstitutioner og SFO og Ungdomsskolen.
2. Glostrup	Sund skolestart	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 0-1 klasse samt familier til overvægtige børn. Fagligt personale og eksterne undervisere til gruppeforløb	Sundhedsplejersker.	Organisation og samarbejde på tværs af afdelinger; informationsmøder: Information til forældre; Hjemmebesøg af sundhedsplejerske til alle børn inden skolestart; Kompetenceudvikling af personale. Temadage for fagpersoner. Gruppeinterventioner til familier med overvægtige børn ved skolestart.	Data mangler	Sundhedsplejen, børne-ungelæge, tandplejen, pædagoger og lærere, ernæringsuddannet og sundhedsformidlere.
2. Halsnæs	Sunde og glade børn i Halsnæs	Skolebørn i 0-10 klasse.	Sundhedsplejersker	Implementering af Sundhedstegnet i kommunens virksomheder, hvor sund-	Data mangler	Sundhedsplejen, skoler, SFO'er, international orga-

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
	Kommune	Sekundærgruppe bestående af alle pædagoger og lærere.		hed bliver sat på dagsordenen. Via Sundhedstegnet arbejdes der med emnerne: mad og måltid, fysisk aktivitet mv. Kompetenceudvikling af lærer og pædagoger.		nisation (Oxford Health Alliance) og Landsforeningen af Overvægtige.
2. Middelfart	Sundhed med omtanke – kommunens plan mod overvægt blandt børn mellem 3-10 år	Alle børn i daginstitutioner. Alle børn fra 0. til 3. klasse på skoler. Medarbejdere i daginstitutioner, medarbejdere på skoler og i skolefritidsordninger.	Sundhedsplejen (flere andre har været forsøgt inddraget)	Politik Pilotprojekt i fem af kommunens daginstitutioner vedr. udarbejdelse af lokale kost- og bevægelsespolitikker. Opkvalificering og ERFA-gruppe Undervisningsforløb for lærere og pædagoger i emnerne kost, bevægelse og den svære samtale. Efterfølgende nedsættelse af ERFA-gruppe på kost- og bevægelsesområdet for kommunens børnehaver. Brug af sundhedsprofiler Pilotprojekt på to af kommunens skoler vedr. brug af redskabet "Sundhedsprofiler". På baggrund af pilotprojektet arbejdes der nu i kommunens børne- og ungeforvaltning med at kombinere "Sundhedsprofiler" og "Elevmiljøundersøgelsen" til et samlet redskab.	Data mangler	Foreningslivet, 4H, andre projekter læger, Julemærkehjem, foreninger.
2. Norddjurs	Norddjurs-modellen	0 til 18-årige og deres familier. Sundhedsplejerskerne, repræsentanter fra dagplejen, vuggestuer, børneha-	Sundhedsplejersker	Udvikling og implementering af sundhedspolitik; Samarbejde med kommunens idrætshaller om indførelse af kostpolitik; Temadage; Udvikling af webbaseret portal. Kompetenceudvikling af sundhedsnøglepersoner i alle institutioner.	Data mangler	Børn- og ungeafdelingen, sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler og kommunale idrætshaller.

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
		ver, skoler, SFO'er, fritids-hjem.		Afvikling af differentierede tilbud til de deltagende overvægtige børn og unge samt deres familier, så som undervisning om kost og motion med aktiviteter.		
2. Sorø	Sorø, Sund og Stærk	3-13-årige børn i daginst., skoler og SFO i lokalom-råde Personalet i dag-inst., skoler og SFO. Livsstilsværk-sted:6-12-årige overvægtige børn samt deres fami-lier. PLAY: 6-12-årige overvægtige børn.	Sundhedsplejersker og SFO-medarbejdere.	Udvikling af sundhedspolitikker på delta-gende skoler og institutioner samt udvik-ling og implementering af sundhedsstra-tegier heri. Sundhedsfremme i netværk med fokus på foreninger og andre sammenslutnin-ger, der har med børn og unge at gøre. Playhold: Gruppebaseret motion i idræts-foreningsregi. Livsstils-værksted: Gruppebaseret be-vægelse og madlavning for børn og de-res forældre.	Data mangler	Skolen, SFO, DGI, lokale idrætsforeninger og over-læge på Holbæk Sygehus.
2. Syddjurs	Krop, mad og bevægelse	0-6-årige i dag-pleje og daginst. 6-16årige i skoler og tilhørende fri-tidstilbud. Projekt 3:9-12-årige overvægtige børn.	Sundhedsplejersker og børne-unge-læge.	Udpegning sundhedsambassadør i dag-tilbud og skole. Udarbejdelse af et inspirationskatalog, som udsendes til alle skoler og dagtilbud med tilbud om støtte til igangsætning og opfølgning af sundhedsfremmende akti-viteter. Formulering af Syddjurs Kommunes overordnede kost- og motionspolitik. Behandlende indsats i familien hvor der ydes kostvejledning, motions-	Data mangler	Sundhedsplejen, praktise-rende læger, børne- og ungelægen, psykolog, fy-sioterapeut, lærer, dagple-jetilsynsførende, dagplejere og pædagoger. Aarhus Universitet og Syd-dansk Universitet.

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
				program og evt. henvisning til familieterapeut. Projekt 3 Motionsprogram bestående af et særskilt idrætstilbud for den henviste gruppe samt et lille sundt mellemmåltid enten i en pause, eller når træningen er overstået. Projekt 2 Behandlende indsats i familien hvor der ydes kostvejledning, motionsprogram og evt. henvisning til familieterapeut. Projekt 3 Motionsprogram bestående af et særskilt idrætstilbud for den henviste gruppe samt et lille sundt mellemmåltid enten i en pause, eller når træningen er overstået.		
2. Vejle	Sunde vaner fra barnsben	2-3-årige børns forældre (børn født i 2005-2007)	Sundhedsplejersker og kommunallæge (indskol.)	Livsstilsbesøg Alle forældre til børn født i 2005-2007 har fået tilbudt et livsstilsbesøg af sundhedsplejersken. Forældrekursus Forældrene fik ved 3½års besøg tilbud om at deltage i et forældrekursus med 4 kursusaftener. Kursusrækken bestod af følgende elementer: 1. Forældrerollen: Ernæring 2. Forældrerollen: Bevægelse 3. Forældrerollen: At løse konflikter 4. Forældrerollen: At sætte grænser, at guide Forældrene fik endvidere mulighed for at tage aktuelle emner op, fx sunde vaners betydning for barnets fysik, humør og sociale liv. Kurset gav også mulighed for	Livsstilsbesøg (et besøg) Forældrekursus á fire kursusaftner (2 timers varighed)	Sundhedsplejen

Kommuner 1. og 2. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejds-partnere
				erfaringsudveksling forældrene imellem. Fælles stormøde Årligt stormøde for forældre (forskellige foredragsholdere)		
2. Vordingborg	Vordingborg Kommunes overvægtsprogram for børn og unge	Børn på alle skoleklassetrin. Familievægtskolen: 12-17-årige overvægtige børn og unge samt deres familier. Fagligt personale.	Sundhedsplejersker.	Formulering og implementering af en sundhedspolitik på alle skoler og fritidsordninger. Legepatruljer som skaber fysisk aktivitet for alle skolebørn i frikvartererne gennem leg og bevægelse udendørs. Igangsættelse af "Projekt Skolesport" (Dansk Skolesport). Undervisning i motion og kost samt gruppesamtaler. Særligt forældreprogram om hvordan man håndterer og støtter sit barn i kampen mod overvægt. Fit Kid Fysiske aktiviteter, som tilpasses børnenes motoriske færdigheder med vægt på høj intensitet aktiviteter. Tilbuddet starter med et sundt mellemmåltid.	Data mangler	Sundhedsplejen, skoler og tilknyttede SFO'er, fysioterapeut, naturvejleder, kost og motionsvejleder, pædiater, psykolog, praktiserende læger, Børn og Unge afdelingen.

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Tabel 5-2 – Organisatorisk forankring af de generelle indsatser

Kommuner (1. og 2. udmøntning)	Organisatorisk forankring
1. Frederikshavn	Familieafdelingen, Børne- og Kulturforvaltningen
1. Gladsaxe	På tværs af Socialforvaltningen (SOF) og Børne- og kulturforvaltningen (BKF).
1. Herlev	Sundhedsafdelingen under Social og Sundhedsforvaltningen
1. Langeland	Børne- og Kulturforvaltningen
1. Mariagerfjord	Sundhedsafdelingen
1. Odsherred	Børn og skoleforvaltningen, Børnesundhed
1. Stevns	Sundhedsafdelingen
1. Varde	Center for Sundhedsfremme
1. Vordingborg	Fagsekretariat Sundhed, SundhedsCenter Stege
1. Aarhus	B&U Sundhed
2. Favrskov	B&U Sundhed
2. Faxe	Afdelingen for sundhedsfremme og forebyggelse
2. Glostrup	Sundhedsafdelingen (Social- og sundhedsforvaltningen)
2. Halsnæs	Forebyggelse og Sundhed
2. Middelfart	Sundhedsafdelingen (Social og sundhedsforvaltningen) og Børne-unge forvaltningen
2. Norddjurs	Tværgående, Børn- og Ungeafdelingen og Sundhedsafdelingen
2. Sorø	Fagcenter Sundhed
2. Syddjurs	Sundhedsafdelingen under Social, Ældre og Sundhed
2. Vejle	Sundhedsafdelingen
2. Vordingborg	Fagsekretariat Sundhed, SundhedsCenter Stege

Kilde: Evalueringsskabeloner og projektlederinterviews.

Tabel 5-3 – Kommunal organisering af projekterne

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projektejer (hvem)	Styregruppe (ja/nej)	Projektleder/-koordinator (titel)	Projektgruppe (en primær eller flere)
1. Frederikshavn	Sundhedskoordinator	Ja	5 projektledere på 3 år. Første projektleder Sundhedskonsulent. Den sidste projektleder – ved ikke	Der er en arbejdsgruppe. Nogle lærergrupper, som har stået for igangsætning og afvikling
1. Gladsaxe	Forankring i Børne- og Kulturforvaltningen	Ja	Sundhedsplejerske	Flere delgrupper (flere arbejdsgrupper)
1. Herlev	Afdelingschef, Sundhedsafdelingen	Ja	Cand.scient. i biologi og psykologi	Projektgruppe og arbejdsgruppe
1. Langeland	Børne- og Kulturchef	Ja	Cand.brom., ph.d.	Én primær projektgruppe
1. Mariagerfjord	Kommunal direktør	Ja	Cand.scient.anth.	Én primær projektgruppe
1. Odsherred	Souschef i Børne- og skoleafdeling (formand for styregruppen og leder for projektleder - midtvejsevaluering)	Ja	Skuespiller, bevægelsespædagog og lærer	Flere delprojekter (Der nævnes i hvert fald en projektgruppe og en arbejdsgruppe i egenevaluering)
1. Stevns	Leder af Sundhedsafdelingen	Ja	Sundhedsplejerske	4 arbejdsgrupper
1. Varde	?	Ja	Projektleder 1: diætist, Projektleder 2: sygeplejerske med diplom i sundhedsfremme og forebyggelse	Der er nogle interne samarbejdspartnere, men der nævnes ikke nogen projekt- eller arbejdsgruppe - ikke specificeret
1. Vordingborg	Forvaltnings, Social- og arbejdsmarkedschef	Ja	Markedsøkonom og Cand. Psych.	Flere delprojektgrupper
1. Aarhus	Sundhedschef	Ja	Sundhedskoordinator, Cand.odont. og MA Public Health	Flere delprojektgrupper
2. Favrskov	Sundhedsafdelingen (Sundhedschef)	Ja	Cand.scient.adm. (videreuddannet i sundhedsfilosofi)	Flere delprojektgrupper

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projektejer (hvem)	Styregruppe (ja/nej)	Projektleder/-koordinator (titel)	Projektgruppe (en primær eller flere)
2. Faxe	Sundhedschef	Ja	Cand.scient.san.publ.	Flere delprojektgrupper
2. Glostrup	Sundhedschef	Ja	Sygeplejerske, MA i public health, Fysioterapeut og Master i sundheds-pædagogik	Én primær projektgruppe
2. Halsnæs	Sundhedschef	Ja	Sundhedskonsulent, Professionsba-chelor i Ernæring og Sundhed, Ma-ster i Sundhedspædagogik	Én primær projektgruppe
2. Middelfart	Børne/unge/fritids-forvaltningen	Ja	Sundhedsplejerske	En projektgruppe
2. Norddjurs	?	Ja	Bachelor i idræt og Professionsbache-lor i human ernæring	Én primær projektgruppe
2. Sorø	Sundhedschef	Ja	Projektkoordinator: EH-økonom, cand.pæd.	Flere delprojektgrupper
2. Syddjurs	Leder af Sundhedstea-met	Ja	Fysioterapeut	Flere delprojektgrupper
2. Vejle	Sundhedsafdelingen	Ja	Lærer, konsulentuddannelse	To projektgrupper (for hhv. specifik og generel indsats)
2. Vordingborg	Social, Sundheds- og Ar-bejdsmarkedsdirektør	Ja	Cand.scient. Humanfysiologi fra Kø-benhavns Universitet	Flere delprojektgrupper
3. Esbjerg	Direktør for Sundhed og Omsorg	Ja	Cand.scient.anth.	En projektgruppe (samt arbejdsgrupper)
3. Fredensborg	Sundhedscenterleder	Ja	Sundhedskoordinator	En projektgruppe
3. Greve	Centerchef (Center for Sundhed)	Ja	Cand.scient.san., HD i projektledelse	En projektgruppe
			Både projektleder og -koordinator i projektet	
3. Køge	Direktør for Børne- og Ungeforvaltningen	Ja	Sundhedsplejerske	En projektgruppe (tovholdergruppe)

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projektejer (hvem)	Styregruppe (ja/nej)	Projektleder/-koordinator (titel)	Projektgruppe (en primær eller flere)
			Både projektleder og -koordinator i projektet	
3. Roskilde	Ledende sundhedsplejer-ske	Ja	Ergoterapeut	En projektgruppe
3. Struer	Sundhedschef	Nej	Projektleder; funktionsleder (cand.scient.san.publ.)	En projektgruppe
			Både projektleder og -koordinator i projektet	
3. Tønder	Sundhedschef	Ja	Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed	En projektgruppe
3. Vejen	Sundhedschef	Nej (nedlagt undervejs)	Skolelærer, Master i Idræt og Vel-færd	En projektgruppe
3. Aalborg	Leder af Familiecenter	Ja	Sundhedsplejerske	En projektgruppe
3. Aarhus	Chef for Pædagogisk center for Sundhed og Trivsel	Ja	Tandlæge, MPH	En projektgruppe
			Både en projektleder og en projekt-koordinator i projektet	

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews

Tabel 5-4 – Kompetenceudvikling i kommunerne

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
1. Frederikshavn	Kursus for sundhedsplejersker.	Data mangler	8
1. Gladsaxe	Kursusforløb for medarbejdere; netværksmøder med faglige oplæg.	3 dage, 3 timers konsulentbistand samt netværksmøder (generel del); sundhedsplejersker: 2 dage + 10 timers supervision, bevægelsesmedarbejdere: 1 dag (specifik del)	Generel del: 28; specifik del: 10
1. Herlev	Pædagoger i institutioner fik kursus i kost og motionshandleplaner; uddannelse af køkkenpersonale i institutioner i sund kost; uddannelse af forældre i sund kost og sunde madpakker.	1-2 dage	ca. 60
1. Langeland	Kursus i den motiverende samtale afholdt for sundhedsplejersker, projektmedarbejdere; kurser for lærere og/eller elever skræddersyet skolernes ønsker.	Typisk 1-3 dages varighed for kurserne fordelt over 1-3 måneder, startende med en introduktion til emnet, afprøvning og erfaringsindsamling i egen dagligdag og opfølgende kurser efterfølgende.	124
1. Mariagerfjord	Workshops for dagplejen; kursus i den anerkendende samtale for skolelærere; idrætslærerkurser; kursus for sundhedsplejersker; kurser for Trivselsambassadører (kursustilbud til skolelærere).	Halve til hele års kurser med en kursusdag ca. hver 6. uge	65 personer: lærere, pædagoger, sundhedsplejersker, ledere fra skoler, institutioner og sundhedsplejen
1. Odsherred	Workshop for sundhedsplejersker og projektmedarb.; kursus for pæd. personale i daginstitutioner; to-dages kursus for projektmedarb., sundhedsplejersker, fysioterapeuter, uddannelsesafdelingen på sundhedscentret og naturskolen; konferencer for pæd. personale, sundhedsfagligt personale samt ledere, politikere og forvaltning i Odsherred Kommune.	1-2 dages kurser, 3 konferencer a 7 timer.	Data mangler
1. Stevns	Efteruddannelse af det tværfaglige team, sundhedsplejersker samt personalet i dagpleje og børnehaver. Gensidig supervision af hinanden indbyrdes i det tværfaglige team; foredrag og kurser for personale i daginstitutioner.	1-3 dages kursusforløb; løbende supervision ved månedlige møder	5 fra tværfagligt team, ca. 80 fra børnehaver – 9 personer i den specifikke indsats og ca. 180 personer i den generelle indsats
1. Varde	Kursus i den motiverende samtale for sundhedsplejersker og personalet i Sundhedscentret; gymnastikkursus for pædagoger, lærere og foreningsliv.	Kursus i den motiverende samtale: 3 hele dage, hhv. 2 i træk og én dag efter 1 måned; gymnastikkursus: foregik over	Den motiverende samtale: 12 (sundhedsplejerskerne havde ikke tid til deltagelse– kun 2 gen-

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
		3 tirsdage af hver 3 timer med 1 måned imellem.	nemførte kurset); gymnastikkursus: 18
1. Vordingborg	Temadag for hhv. 1) lærere og pædagoger. 2) voksne aktive i idrætsforeninger og foreninger generelt 3) daginstitutionspersonalet, dagplejere mv.; kompetenceudviklingsdag/oplægsrække for idrætsforeninger; temadage for projektgruppemedarbejdere samt sundhedsplejersker; naturkompetenceudviklingskursus for daginstitutionspersonale og dagplejere; kursus i løsningsfokuseret samtale for behandlerteamet samt alle sundhedsplejersker; kursusforløb for daginstitutioner; supervision af projektleder.	Kompetenceudviklingsdag/oplægsrække: afholdtes over 2 dage; kursus i løsningsfokuseret samtale: 3 introduktionsdage + 3 opfølgningsdage	Temadag: 153 lærere og pædagoger samt 9 repræsentanter fra idrætsforeningerne; kompetenceudviklingsdag/oplægsrække: 22 personer
1. Aarhus	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. 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: ikke angivet.	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: ikke angivet Temaaftener: ca. 550 forældre/personale i alt for alle temaaftner.
2. Faxe	Efteruddannelse af projektlederen og sundhedskonsulenterne, kursus i Du Bestemmer-metoden for fagpersoner, kompetenceudvikling af pædagoger og pædagogmedhjælpere i sundhedspædagogik, kompetenceudvikling af sundhedsplejen som netværksfacilitator, efteruddannelse af motionsvejleder i motivation og fitness/konditionsprogram, kompetenceudvikling i form af faglig sparring til trænerne på Trimkids + en træner fik en fitnessuddannelse, temadage for de pædagogiske sundhedsmedarbejdere.	Projektledelse: 5 dage Du Bestemmer-metoden: 3 dage. Pædagogiske sundhedsmedarbejdere: 5 dages kursus. Sundhedsplejen som netværksfacilitator: 1 dag. Fitnessinstruktør uddannelsen (DGI): 2 weekender. Kompetenceudvikling ift. Små Skridt-metoden: 6 dage. Trænerne på Trimkids + fitnessuddannelse: 2 weekender. Temadage: 1 dags varighed. Kompetenceudvikling (at være tovholder og mødeleder for netværk for pædagogiske sundhedsmedarbejdere): 2 dage.	Projektledelse:1 pers. "Du bestemmer"-metoden: 12 pers. Pædagogiske sundhedsmedarb.: 60 pers. fra 29 daginstitutioner og SFO. Sundhedskonsulenter: 5 medarbejdere; Familieteamet:5 medarbejder. Kompetenceudvikling ift. ”små skridt” metoden: 2 personer. Kompetenceudvikling Trimkids-trænere: 2 personer.
2. Glostrup	Kursus i motivation og psykologisk modstand, SST kursus, kompetenceudvikling af sund-	Kursus i motivation og psykologisk modstand: 1 hel dag og 2 x ½ dag.	Ca. 10 fagpersoner har gennemført har gennemført kompe-

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
	hedsplejersker særligt med henblik på psykologisk tilgang og kognitiv adfærd, efteruddannelseskurser, SST kompetenceudviklingskursus for projektlederen, vidensdeling og studieture til Halsnæs Kommune og England.	Studietur til England: 2 dage. Sundhedsstyrelsens kompetenceudviklingskursus: 2 x 3 dage.	tenceudvikling. men alle har ikke deltaget i alle kurser (ikke yderligere udspecificeret).
2. 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. Den motiverende samtale: 14. Videreuddannelse af sundhedsplejersker:2.
3. Middelfart	SST-kursus "Du bestemmer"-kursus Interne kurser for behandlere Temaer for kompetenceudvikling: Sund mad og gode måltider. Leg, bevægelse og overvægt. Den svære samtale.	Specifik del: 2 dage a 8 timer. SST-kursus: 6 dage. Interne kurser for behandlere: 5 moduler af 3 timer	Specifik del: ca. 10 ikke yderligere specificeret
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.
2. 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.
2. 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 livsstilssamtaler	1 til 2 dage, 2 gange årligt (ikke yderligere specificeret).	50 personer er kompetenceudviklet (ikke yderligere specificeret).
3. Vejle	Kurser inden for følgende tre overordnede emner Den motiverende samtale, Psykologien i forandring, Kost og bevægelse	Tema 1: Motiverende samtale – generel teori: 3 dage Tema 2: Motiverende Tema 3: Motiverende samtale – gruppebaseret: 2 dages samtale – individbaseret: 3 dage Afhængig af målgruppen, men alt mellem 3 og 15 dage. Alle projektmedarbejdere har deltaget i min. 9 dages kompeten-	Antal deltagere: 68 fordelt således: - 11 pædagoger - 2 lærere - 3 studerende - 6 konsulenter - 1 projektleder - 3 kommunallæger - 42 sundhedsplejersker m/ledere

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
		ceudvikling.	
2. Vordingborg	Instruktøruddannelse i FitKid for SFO-personalet, foredrag, instruktørkursus i kidsvolley samt kompetenceudviklende netværksmøder og supervision, introduktion til familievægtskole-konceptet og kursus i den løsningsfokuserede metode og i Små Skridt-metoden.	Fit Kid: Ca. 50 timer til hver SFO. Familievægtskolen: ca. 50 timer.	FitKid: 25 personer. Familievægtskolen: 7 personer.
3. Esbjerg	DGI-kursus (konflikthåndtering, motivationsteknikker, inspiration til aktiviteter målrettet målgruppen mv.) Studietur/seminar hos sundhedsplejen i Randers (model 3) Kompetenceudviklingskursus med fokus på procesledelse, kommunikation og forankring i en kommunal organisation.	DGI-kursus: 4 dage Studietur/seminar i Randers: 1 dag à 8 timer Kompetenceudviklingskursus: 2 dage	DGI-kursus: 12 instruktører Studietur/seminar: 6 sundhedsplejersker (+ sundhedscoaches) Kompetenceudvikling: 5 projektmedarbejdere
3. Fredensborg	Opkvalificering i narrativ praksis (underviser er DISPUK)	Narrativ praksis: 4 dage	Narrativ praksis: 3 deltagere (tidligere projektleder + 2 sundhedsplejersker)
3. Greve	Kurser inden for Den motiverende samtale og løsningsfokuseret coaching. Sign of Safety: metodekursus Herudover indgik kurser i: Den professionelle samtale; Kostvejlederuddannelse Projektlederuddannelse; Mindfulness instruktøruddannelse; Marlborough Family Therapy (MFT) samt adskillige kurser undervejs for at få inspiration og viden om børneovervægtsproblematikker og kurser om etniske børns problemstillinger.	Løsningsfokuseret coaching: 8 dage over et år Motiverende samtaleteknik: 1 dag Der er ikke angivet omfang for øvrige kurser.	Motiverende samtaleteknik: 30 (sundhedsplejersker) Løsningsfokuseret coaching: 3 Innovation: 1 Der er ikke angivet antal for øvrige kurser.
3. Køge	Undervisning i Den motiverende samtale i forhold til familiebesøgene (samt indsigt i det 3½-årige barns udvikling og trivsel, den moderne familie og deres livs rammer samt i sund mad og små skridt til livsstilsændringer). Desuden efteruddannelse i Du bestemmer-metoden. Supervision og introduktion af den narrative tilgang.	Motiverende samtale: 3 dage Du bestemmer: 3 dage Små skridt: ½ dag Forældreroller: 1 dag Supervision og introduktion af den narrative tilgang: 1 dag	Antal deltagere: 20 Supervision: ca. 6 deltagere pr. distriktsgruppe (3 distrikter)
3. Middelfart	SST-kursus "Du bestemmer"-kursus Interne kurser for behandlere Temaer for kompetenceudvikling: Sund mad og gode måltider. Leg, bevægelse og overvægt. Den svære samtale.	Specifik del: 2 dage a 8 timer. SST-kursus: 6 dage. Interne kurser for behandlere: 5 moduler af 3 timer	Specifik del: ca. 10 ikke yderligere specificeret
3. Roskilde	Livsstil i børnehøjde (baseres på Livsstilsknækkeren) Temadage: Dannelsen af vaner og	Livsstil i børnehøjde: 1 dag, Dannelsen af vaner og livsstilsknækkeren: 2	Livsstil i børnehøjde: 23 (daginstitutioner) Dannelsen af vaner

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
	livsstilsknækkeren; "Nye vaner – Nye veje" og Livsstilsbesøg.	dage Nye vaner – nye veje" og Livsstilsbesøg: for sundhedsplejersker: 3 x ½ dag (4 t.); for læger: 2 timer; for daginstitutionsledere): 13 x 1 time	og livsstilsknækkeren: 32 (sundhedsplejersker) Nye vaner – nye veje og Livsstilsbesøg for sundhedsplejersker: 32; for læger: 35; for daginstitutionsledere 4-6 deltagere pr. gang
3. Struer	Kompetenceudvikling inden for følgende 5 temaer: 1) Forandring af sundhedsvaner 2) Lærings- og mestringsuddannelse 3) Den motiverende samtale 4) Vægtstoprådgivning 5) Vidensdag med fokus på børn, unge og overvægt	Varighed af samtlige 5 temaer: 21 dage	Tema 1+2+3+4+5 = 1 medarbejder Tema 1+2 = 1 medarbejder
3. Tønder	Kursus i Du bestemmer-metoden samt kursus i Små skridt til vægttab, der holder Projektledelseskursus samt kursus i facilitering af kreative og innovative processer (diplommodul, 5 ECTS-point)	Du bestemmer-kursus: 3 dage Internt Du bestemmer-kursus: 2 dage Små skridt til vægttab, der holder, omfang 1 dag Projektledelseskursus: 8 dage Facilitering af innovative processer: 4 dage	Du bestemmer: 11 personer, projektmedarbejdere og sundhedsplejersker på skoleområdet. Projektledelse: 2 personer Facilitering af innovative processer: 1 person
3. Vejen	Du bestemmer-metoden og Kreativ madværksted Opkvalificeringsforløb for visitatorer/sagsbehandlere; inspirationsdag for instruktørerne til undervisningsforløb – latterkursus	Du bestemmer – metoden: 21 timer (3 x 7 timer) Kreativ madværksted: 7½ time (3 x 2½ time) Latterkursus: 1 dag 7timer	Du bestemmer-metoden og Kreativ madværksted: 7 instruktører Latterkursus: 6 instruktører
3. Aalborg	Kursus i Små skridt, i Mindfulness, i Vægtstoprådgivning og diverse temadage.	Små skridt: 2 dage Mindfulness: 8 + 4 dage (to koordinatorer) Temadage/netværksmøder: 3 + 2 dage	Mindfulness: 2 koordinatorer I alt 25 dage fordelt på to koordinatorer (grundet koordinatorskift i forløbet)
3. Aarhus	Kompetenceudvikling både i forhold til fagpersoner, idrætsinstruktører, skolesundhedsplejerskerne og FFFS-sundhedsplejerskerne.	Faglige sparrings- og udviklingsmøder i gennemsnit 1 gang om måneden 2-3 timer. Tema 1: Mad og måltider, 3 dage Tema 2: Mentalisering, 8 dage Tema 3: Motivation og erfaringsudveksling (forældre), 3 dage Tema 4: Mindmapping m.m., 3 dage Tema 5: Konferencer – viden om børn og overvægt, i gns. 2 t/hver 2. md.	9 projektmedarbejdere, ca. 40 skolesundhedsplejersker. Ikke yderligere specificeret

Kilde: egenevalueringer og evalueringsskabeloner

Tabel 5-5 – Type evalueringsdesign anvendt – generelle og specifikke indsatser

Kommuner 1. 2. og 3. udmøntning	Kvalitative og kvantitative indikatorer								Baseline angivet	Endline angivet	Evalueringsdesign (proces og/eller effekt)
	BMI	Vægt	Taljemål	Fedtprocent	Trivsel	Kostvaner	Selvopfattelse	Handlekompetence/fysisk aktivitet			
1. Frederikshavn	+	÷	+	÷	÷	+	÷	+	+	÷	Både proces- og effektevaluering
1. Gladsaxe	÷	+	÷	÷	+	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
1. Herlev	÷	+	÷	÷	÷	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
1. Langeland	÷	÷	÷	÷	÷	+	÷	+	+	Delvis	Procesevaluering
1. Mariagerfjord	÷	+	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
1. Odsherred	+	÷	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
1. Stevns	+	÷	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
1. Varde	+	+	÷	÷	+	-	+	+	÷	÷	Både proces- og effektevaluering
1. Vordingborg	+	÷	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
1. Aarhus	÷	+	÷	÷	+	+	÷	+	÷	÷	Både proces- og effektevaluering
2. Favrskov	+	+	÷	÷	+	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
2. Faxe	÷	÷	÷	÷	+	+	÷	+	Delvis	+	Procesevaluering
2. Glostrup	÷	+	÷	÷	+	+	÷	÷	+	+	Både proces- og effektevaluering
2. Halsnæs	+	÷	+	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
2. Middelfart	+	÷	+	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
2. Norddjurs	+	+	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevaluering
2. Sorø	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Procesevaluering

2. Syddjurs	+	+	+	÷	+	+	+	÷	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
2. Vordingborg	+	+	+	+	+	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
2. Vejle	+	÷	+	÷	+	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Esbjerg	+	+	÷	+	÷	÷	÷	÷	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Fredensborg	+	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	+	Delvis	Både proces- og effektevalue-ring *(mangler dokumentation for effektdesignet)*
3. Greve	+	÷	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Køge	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	÷	Procesevaluering
3. Roskilde	+	+	÷	÷	+	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Struer	+	+	+	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Tønder	+	÷	+	÷	+	÷	+	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Vejen	÷	÷	÷	÷	+	+	+	+	÷	÷	Procesevaluering
3. Aalborg	+	+	÷	÷	+	+	+	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
3. Aarhus	+	÷	÷	÷	+	+	÷	+	+	+	Både proces- og effektevalue-ring
Antal	**20**	**14**	**8**	**2**	**23**	**24**	**14**	**24**			
Procent	**67 %**	**47 %**	**27 %**	**7 %**	**77 %**	**80 %**	**47 %**	**80 %**			

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Tabel 5-6 - Oversigt over de kommunale projekter – specifikke indsatser

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
1. Frederikshavn	Den sunde cirkel	Familier med mindst ét overvægtigt barn 9-13 år.	Sundhedsplejersker	Weekendophold på højskole med fokus på kost og motion samt vejledningssamtaler for deltagende familier.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, kommunallæge, prak. læger, højskolen Diget.
1. Gladsaxe	Flik-Flak	10-13-årige overvægtige børn og deres familier.	Sundhedsplejersker	Behandlings-forløb med fokus på livsstilsændring. Kombination af familiesamtaler, motionsaktiviteter og madlavning.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, SFO, pædagoger, dagpleje, Julemærkehjem.
1. Herlev	Tigerspring	3-6-årige børn, som ligger over 90 %-percentilen for BMI samt bh.kl.-6.kl.-børn som er let til svært overvægtig.	Pædagoger, lærere m.fl. henviser til projektet via sundhedsplejen.	Gennemførelse af to forløb med bl.a. familiesamtaler, motion, kostvejledning, hjemmebesøg og madlavningsaftener.	Data mangler	Sundhedsplejersker, pædagoger, psykologer, skolelærere, tandplejen, kommunallæge, Herlev Idrætsforening.
1. Langeland	Aktiv Skole	Børn i risiko for udvikling af svær overvægt samt børn og unge med etableret overvægt.	Sundhedsplejersker	Etablering af tilbud for overvægtige skolebørn og deres forældre.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skoleledere, skolelærere, skolebestyrelser, pædagoger, foreninger, fritidsvejleder.
1. Mariagerfjord	Trivsel og Trav	3-12 år overvægtige børn og deres familier.	Sundhedsplejersker og PPR-medarb.	Rådgivning + undervisning til familier samt flere særligt tilrettelagte idrætstilbud for overvægtige	Data mangler	Sundhedsplejersker, PPR, skolelærere, prak. læger, Julemærkehjem, foreninger.
1. Odsherred	Xtra fokus	Overvægtige børn og unge og børn i	Sundhedsplejersker og sagsbehandlere	Fødselsforberedelseskursus, efterfødselskursus, "Fedt teater", etablering af	Data mangler	Sundhedsplejersker, lærere,

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
		risiko for overvægt.		vejl. teams til familier, familieskoleforløb.		pædagoger, kommunallæge, Skov- og Naturstyrelsen, lokale foreninger, Odsherred Teater.
1. Stevns	Guldklumperne	5-16-årige.	Sundhedsplejersker og prak. læger.	Alternative motionstilbud for overvægtige børn og unge, madlavningskurser for børn og forældre, Mobile Fitness.	Data mangler	Sundhedsplejerske, prak. læger, skolelærere, Julemærkehjem, frivillige foreninger, forældrebestyrelser.
1. Varde	Rend og Hop	4.- 6. kl.	Sundhedsplejersker	Etablering af livsstilsskole for overvægtige børn og deres forældre indeholdende aktiviteter, undervisning og rådgivning.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, pædagoger, idrætsforeninger, DGI.
1. Vordingborg	Den Gode Cirkel	0-18 år – overvægtige børn eller børn med stor risiko for overvægt samt deres familier.	Sundhedsplejersker, kommunallæge og prak. Læger.	Iværksætte behandlingsforløb for overvægtige børn/unge og deres forældre samt tilbud om fys. akt. for SFO-børn.	Data mangler	Sundhedsplejersker, kommunallæge, prak. læger, skolelærere, idrætsforeninger, Gerlev Idrætshøjskole, Rigshospitalet.
1. Aarhus	Aarhus har en fed plan	0-18 år – overvægtige børn eller børn i risiko, forskellige målgrupper i forskellige delprojekter.	Sundhedsplejersker.	Tilbud til overvægtige gravide om samtaler om sund livsstil. Tilbud om motionsforløb og rådgivning til overvægtige børn/unge.	Data mangler	Sundhedsplejersker, skolelærere, jordmødre, Videnscenter for Børnesundhed, Videnscenter for Pædagogisk Udvikling.
2. Favrskov	Let barnet – styrk	Spædbørn af	Sundhedsplejersker	Delprojekt 1	1-2 timer/uge	Sundhedsplejen

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
	familien	overvægtige mødre samt overvægtige børn i alderen 6-12 år.		Forløb for overvægtige nybagte mødre med henblik på at motivere og inspirere til at integrere bevægelse og fysisk aktivitet i familiens hverdag, samt at styrkelse forældrenes handlekompetencer. Delprojekt 2 Forløb for overvægtige børn i indskolingen med fokus på bevægelse og sund livsstil. Delprojekt 3 Overvægtige børn tilknyttes en idrætsforening med henblik på at understøtte sundere mad- og bevægelsesvaner.	i 6-10 uger (afh. af delprojekt)	
2. Faxe	Faxe Kommunes overvægtsindsats år 2007-2010	Trim Kids: 10-14-årige overvægtige børn. Mad, Motion og Sundhedscoaching:15-17-årige. Familier til overvægtige børn i 3 ½ -10 års alderen.	Bred Markedsføring	Trim Kids Motions-tilbud til skolebørn, både individuelt og i grupper. Mad, motion & sundheds-coaching Ungdomsskolehold om mad, måltid og motion. Familieteam Tværfagligt familievejledningsteam vejleder familier om kost- og motions og gennemfører familiekonsultation.	2-14 mødegange (afh. af delprojekt)	Sundhedsplejen, Familierådgivningen, Dagtilbudsforvaltningen, kommunens daginstitutioner og SFO og Ungdomsskolen.
2. Glostrup	Sund skolestart	5-7-årige børn med overvægt samt deres familier. Skolebørn i 0-1 klasse samt familier til overvægtige børn.	Sundhedsplejersker.	Hjemmebesøg til børn med anden etnisk baggrund i samarbejde med sundhedsformidlere. Gruppeinterventioner til familier med overvægtige børn ved skolestart.	Gruppeforløb a 12 gange 2 timer	Sundhedsplejen, børneungelæge, tandplejen, pædagoger og lærere, ernæringsuddannet og sundhedsformidlere.

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
		Fagligt personale og eksterne undervisere til gruppeforløb				
2. Halsnæs	Sunde og glade børn i Halsnæs Kommune	8-13-årige samt disses forældre.	Sundhedsplejersker	MEND: Mind: Undervisning af forældre i teknikker for adfærdsændring. Exercise: Fysiske aktiviteter udviklet til børn, som ikke er vant til at dyrke motion. Nutrition: Gruppebaserede undervisning om sunde kostråd med praktiske orienterede aktiviteter såsom indkøbstur og madlavning. Do it: Få afprøvet tingene, og få sat nogle løbende mål i forhold til kost og motionsvaner.	3 mdr. forløb (i alt 12 inkl. opfølgningsfase)	Sundhedsplejen, skoler, SFO'er, international organisation (Oxford Health Alliance) og Landsforeningen af Overvægtige.
2. Middelfart	Sundhed med om-tanke – kommunens plan mod overvægt blandt børn mellem 3-10 år	Børn mellem 3-10 år	Sundhedsplejen (flere andre har været forsøgt inddraget)	Familieforløb med bl.a. udvikling af handleplaner og individuelle samtaler samt gymnastiktimer for børn. Derudover fællesarrangementer med fokus på kost og motion (fælles indkøb mv.). Etablering af mentorordning	Familieforløb: 5 -14 mdr., gns.: 9,5 måned	Foreningslivet, 4H, andre projekter læger, Julemærkehjem, foreninger.
2. Norddjurs	Norddjurs-modellen	6-16-årige overvægtige børn og unge, deres familier samt børn og unge i risiko for at udvikle overvægt.	Sundhedsplejersker	Tværfagligt forebyggelses- og behandlingsteam, der udarbejder individuelle handleplaner for de deltagende børn/unge og familier. Afvikling af differentierede tilbud til de deltagende overvægtige børn og unge samt deres familier, så som undervisning om kost og motion med aktiviteter.	I gennemsnit deltog deltagere i 37 uger	Børn- og ungeafdelingen, sundhedsplejen, daginstitutioner, skoler og kommunale idrætshaller.
2. Sorø	Sorø, Sund og	Trivselsteam:	Sundhedsplejersker og	Trivselsteam Individuel rådgivning og	Data mangler	Skolen, SFO,

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
	Stærk	Overvægtige børn i 0-6. klasse samt deres familier. Livsstilsværksted:6-12-årige overvægtige børn samt deres familier. PLAY: 6-12-årige overvægtige børn.	SFO-medarbejdere.	vejledning i forhold til overvægtige børn og unge og deres familier. Playhold: Gruppebaseret motion i idrætsforeningsregi. Livsstils-værksted: Gruppebaseret bevægelse og madlavning for børn og deres forældre.		DGI, lokale idrætsforeninger og overlæge på Holbæk Sygehus.
2. Syddjurs	Krop, mad og bevægelse	Projekt 2: 0-10-årige overvægtige børn samt deres familier. Projekt 3:9-12-årige overvægtige børn.	Sundhedsplejersker og børne-unge-læge.	Projekt 2 Behandlende indsats i familien hvor der ydes kostvejledning, motionsprogram og evt. henvisning til familieterapeut. Projekt 3 Motionsprogram bestående af et særskilt idrætstilbud for den henviste gruppe samt et lille sundt mellemmåltid enten i en pause, eller når træningen er overstået. Projekt 2 Behandlende indsats i familien hvor der ydes kostvejledning, motionsprogram og evt. henvisning til familieterapeut. Projekt 3 Motionsprogram bestående af et særskilt idrætstilbud for den henviste gruppe samt et lille sundt mellemmåltid enten i en pause, eller når træningen er overstået.	2-3 timers træning/uge (projekt 3)	Sundhedsplejen, praktiserende læger, børne- og ungelægen, psykolog, fysioterapeut, lærer, dagplejetilsynsførende, dagplejere og pædagoger. Aarhus Universitet og Syddansk Universitet.
2. Vejle	Sunde vaner fra barnsben	Overvægtige børn i 0- 2. kl. Familien til de	Sundhedsplejersker og kommunallæge (indskol.)	Gennemførelse af motiverende samtaler med forældre og børn med (løbende justering og opfølgning af individuelle handleplaner for familien):	1-årigt interventionsforløb med opfølgning efter ½	Pædagoger, sundhedsplejersker, kost- og bevægelseskon-

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
		overvægtige børn i 0.-2. kl.		Kostvejledning med de enkelte familier Ugentlig idrætsaktivitet Madlavning med familierne 4 gange i løbet af basisåret Temaaftener om kost og andre emner	år	sulenter
2. Vordingborg	Vordingborg Kommunes overvægtsprogram for børn og unge	FitKid: Overvægtige og/eller inaktive børn i 1.-3. klasse. Familievægtskolen: 12-17-årige overvægtige børn og unge samt deres familier. Fagligt personale.	Sundhedsplejersker.	Familievægtskolen Undervisning i motion og kost samt gruppesamtaler. Særligt forældreprogram om hvordan man håndterer og støtter sit barn i kampen mod overvægt. Fit Kid Fysiske aktiviteter, som tilpasses børnenes motoriske færdigheder med vægt på høj intensitet aktiviteter. Tilbuddet starter med et sundt mellemmåltid.	FVS: 4 dage FitKid:2 t - 2 dag/uge	Sundhedsplejen, skoler og tilknyttede SFO'er, fysioterapeut, naturvejleder, kost og motionsvejleder, pædiater, psykolog, praktiserende læger, Børn og Unge afdelingen.
3. Esbjerg	Bevæg dig sund og glad 3. model: "Ha' det godt med dig selv"	Gruppeforløb: overvægtige børn i 3.-6. kl. på udvalgte skoler. Individuelle forløb: overvægtige børn i 1.-10. kl. i hele Esbjerg Kommune. Børnenes familier. Holdforløb: overvægtige børn i 5.-7. kl.	Sundhedsplejen (evt. også lærere og læger)	Gruppeforløb for overvægtige elever i 3.–6. kl. på 2-3 af kommunens folkeskoler. Individuelle forløb til overvægtige børn og deres forældre (1.– 10. kl.) bosiddende i hele Esbjerg kommune. ENDELIG MODEL: Holdforløb med overvægtige børn (5.-7. kl.) med fokus på mental sundhed frem for kost og vægt. Kombination af gruppesamtaler og motionstilbud.	Endelig model: forløb over 3 mdr.	Sundhedsplejen, Børn og kulturforvaltning, skoler (tovholdere/ klasselærere), sundhedscoach, Sundhed og Omsorg. Lokale idrætsforeninger.

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
3. Fredensborg	Vægt på sjov – Mindre på vægten	4.-6. klasses børn som har (eller i risiko) for at udvikle overvægtsproblematik. Idræts- og bevægelsestilbud på skolen efter skoletid: overvægtige, motorisk svage og idrætsusikre børn i 4.-6. kl. Familier til de deltagende børn i projektet.	Skolesundhedstjenesten	Styrket skolesundhedstjenesteindsats på to pilotskoler: Funktionsundersøgelser og sundhedssamtaler for alle børn. Ekstra screening, sundhedssamtaler og tilbud om familiesamtaler (for børn m. overvægt eller i risiko). Idræts- og bevægelsestilbud på skolen efter skoletid.	Familiesamtaleforløb: forskellig længde og sammensætning per forløb Idrætstilbud: oprindeligt 2 x ugen, senere 1 x ugen efter skole.	Skolesundhedstjenesten, Center for Forebyggelse og Sundhedsfremme
3. Greve	MultiMinen – kommunens projekt for overvægtige børn i indskolingen	Overvægtige 0.-3. kl. (>18 BMI). Forældre og søskende til de overvægtige i 0.-3. kl. Sekundær målgruppe: sundhedsplejersker.	Sundhedsplejen (v. indskoling) og almen praksis.	Udvikling af samarbejdsmodel mellem almen praksis og sundhedsplejen. Udvikling af model for hvordan skoler og SFO kan under-støtte deltagelse og fastholdelse af deltagere. Udvikling af model for øget kompetenceudvikling. Kommunalt tilbud til overvægtige børn (idrætshold, flerfamilieforløb og kostvejledning). Ekstra: Taekwondo 2 x ugentligt for børn (for børn med anden etnisk baggrund i lokalområde).	Forældre præsenteres for en hel pakke med delelementer, de skal deltage i, og forløbet strækkes sig over et helt år	Sundhedsplejen, samarbejde med lokal idræts-forening
3. Køge	Den kompetente børnefamilie	3½-6-årige børn Børnenes forældre	Sundhedstjenesten, prak. læger (daginstitutioner)	Hjemmebesøg for familier med 3½-årige børn. Efterfølgende opfølgningstilbud til mo-	Data mangler	Områdeledere på daginstitutionsområdet

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
		Sundhedstjenesten		tiverede familier: mad og motionsnetværk for familier, Du bestemmer forældre-forløb, Marte Meo-tilbud til familier		
3. Roskilde	Nye vaner – nye veje	Familien hos de børn i 3–7-års alderen (endnu ikke fyldt), der har risiko for at udvikle overvægt. (Familier til 3½-års børn) (Prak. læger, sundhedsplejersker og Sundhedscentret)	Sundhedsplejersker (almen praksis og sundhedscentret)	Udvikling af en model til tværsektorielt samarbejde mellem praktiserende læger og sundhedstjenesten Udvikling af dialog-værktøj + orienterings-system Opkvalificering af sundhedspersonale i "Livsstilsknækkeren" Udvikling af tilbud om opfølgningsforløb for børn mellem 3-6 år, der er overvægtige Udvikling af tilbud til fysiske aktiviteter Sundhedstjek og udvikling af opfølgende tilbud.	2 livsstilssamtaler for familier (herefter evt. videre forløb i Sundhedscentret)	Sundhedsplejersker og sundhedscentret (prak. læger, daginstitutionspersonale)
3. Struer	S-faktor, har du det der skal til?	(Socialt udsatte) børn i 5.-10. kl. Forældre og søskende til børnene	Prak. læger, tandpleje, sundhedsplejersker, AKT-lærere, SSP-lærere samt kommunens skoler	Kursusforløb for overvægtige børn: Holdtræning vedr. fysisk aktivitet Gruppemøder med fokus på mestring og læring Fælles forældrearrangementer (holdene er opdelt i to aldersgrupper) 5.-7. klassetrin, og 8.-10. Klasse.	½-års forløb: fysisk aktivitet: (2 X 1 times træning/uge) gruppemøde (1-1½ time/uge) familiearrangementer (2 timer, 1 gang/mdr.)	Skolesundhedsplejerskerne, Børne- & Familiecenteret, almen praksis, lærere, tandplejen
3. Tønder	Talent for sundhed	Overvægtige unge: 13-18 år (7.-10. kl.)	Skolesundhedstjeneste og AKT-lærere	To indsatser: Gruppeforløb for unge. Individuelt forløb for unge. Indsats med fokus på undervisning i	Skærbæk: 1 x uge i en uafbrudt periode (inkl. kort	Ungdomsskolen

Kommuner 1., 2. og 3. udmønt-ning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale sam-arbejdspart-nere
		Forældrene til de unge (Lærere i skoler-ne, herunder AKT-lærere og ungdomsskolen, sundhedsplejer-sker, PPR samt prak. læger)		praktisk madlavning, kostteori, fysisk træning samt personlig udvikling og består endvidere af individuel vejled-ning og løbende kontakt til forældrene. Mulighed for at inddrage specialkonsu-lenter såsom eksempelvis psykologer, socialrådgivere m.fl. 2 forskellige forløb i ungdomsskoleregi.	pause og 4 opfølgnings-dage) Tønder: Op-delt forløb med to modu-ler og en læn-gere pause (½ år) imellem, samt 2 opfl. dage	
3. Vejen	Du bestemmer – vægten indeni	Overvægtige børn i 5./6. – 10. kl. Børnenes foræl-dre	Sundhedsplejersker, praktiserende læger, projektkoordinator, læ-rerne	Gennemførelse af Du bestemmer-forløb for målgruppen. Bevægelsesaktiviteter i gymnastiksal, hal og naturen. Madaktiviteter i hjemkundskabslokale	Du bestem-mer-forløb: Hvert forløb har bestået af tre weekender af 16 timer	Sundhedsplejer-sker, skoler ungdoms-skolen i implemente-ringsfa-sen
3. Aalborg	Balance for livet	2-10-årige(udvidet to gange, først fra 2-5årige til 2-6årige og senere til 2-10årige). Børnenes foræl-dre.	Sundhedsplejersker (primær) og derudover prak. læger (daginsti-tutioner, børnehavekl./ SFO)	Etablering af retningslinjer for visitati-on. Etablering af samarbejde med eksterne (henvisningsprocedure). Behandlingstilbud (familierettet): - Individuelle samtaler i familien med koordinator - Individuelle samtaler i familien med diætist - Gruppeundervisning i madlavning - Gruppesamtaler med koordinator - Fysisk aktivitet for hele familien for de 2-5-årige 1 gang/uge + hver 4. lør-dag - Fysisk aktivitet for de 6-årige 1 gang/uge + for hele familien hver 4. lørdag	Data mangler	Sundhedsplejen, prak. læger, tandplejen Dagple-jen/daginst., lærer/pædag., ergo./ fys., tværfagligt team, børnefa-milie-gruppen, frivillige for-eninger

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Projekttitel	Målgruppe	Primære Henviser	Aktiviteter	Varighed	Centrale samarbejdspartnere
3. Aarhus	"Fedt for fight" – et kommunalt behandlingstilbud til familier med svært overvægtige børn i indskolingen	0. kl. Familier med svært overvægtige børn i 0. kl. (skolesundhedsplejersker, Fedt for Fight-sundhedsplejersker, læger, kostvejledere, særlige ressourcepersoner i børnenes liv, idrætsinstruktører)	Sundhedsplejersker	Opkvalificering af skolesundhedsplejersker Opkvalificering af Fedt for Fight-sundhedsplejersker Familiebehandlingstilbud: "Samtaler" – tilbudt som hjemmebesøg med Fedt for Fight-sundhedsplejersken er den obligatoriske del af behandlingen. Familien udarbejder i samarbejde med Fedt for Fight-sundhedsplejersken en handleplan. Tillæg til hjemmebesøgene: deltagelse på "Fedt for Fight"-idrætshold, Forældrene tilbydes deltagelse i forældregrupper, samtidig med at børnene er til idræt.	Der tilbydes op til 4 hjemmebesøg i interventionsperioden på 1 år. Forældrekurser: Pr. kursus 6 gange 2 timer Idrætshold: 2 timer om ugen i ca. 40 uger.	Interne medarbejdere i Aarhus Kommune og eksterne samarbejdspartnere, praksisdiætister, Region Midt, praksislæger, idrætsklubben AGF m.fl.

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Tabel 5-7 – Opsporing, rekruttering og visitation - specifikke indsatser

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

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

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

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
1. Aarhus	Den specifikke indsats: Overvægtige børn og unge eller børn og unge der er i særlig risiko for at blive overvægtige.	**Skolesundhedsplejersker** er primære henvisere. Specifik del: I det omfang det har kunnet lade sig gøre, har man forsøgt at lave en systematisk rekruttering: Børnehaveklassesamarbejde med overvægtsidrætshold (annonce, henvisning fra sundhedsplejen, information på skoler og idrætshjemmesider) børneungelæge.	Ja. 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
2. 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.

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
2. 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 foldere 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 sundhedscoaching: 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 resultater; brev til alle klasselærere i udskolingsklasserne om tilbuddet.	Delvis visitation (for nogle indsatser og ikke alle). Ingen visitation til Trimkids og Mad, motion og sundhedscoaching. Sundhedsplejersker visiterer til Familieteamet.	Ingen formelle strategier.	Familieteamet: telefonopfølgning og sms. 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).
2. 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. Enkelte uformelle: fx opkald fra undervisere, hvis de ikke mødte op (telefoninterview med projektleder).	Ingen opfølgning.

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
2. 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 MEND-forløb. Sendes til almen praksis (ingen opfølgning herpå) Procedure omkring opfølgning på de MEND-børn/familier, der ikke gennemfører hele forløbet.
2. 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. **Primær rekrutteringskanal: Annoncering.**	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 psykolog-kontakt 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. 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, herefter ansås opfølgningsdata for tabte).

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
2. 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 psykosociale problemer ud over 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.** Trivselstemaet 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 (dog ofte på opfordring af skole/SFO eller sundhedsplejerske).	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)
2. 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.

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
2.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 (Fit-Kid). Målinger af vægt som indirekte fastholdelse (deltagere ser ændringer dokumenteret - og dermed øges motivationen). Brug af den anerkendende tilgang er en indirekte fastholdelse.	Ikke beskrevet
2. Middelfart	BMI skal vise overvægt, svær overvægt eller på vej til overvægt. Familien skal være motiveret. Hvis der er åbenlyst misbrug skal dette først afhjælpes da det ellers vil overskygge indsatsen med overvægtsbehandling.	Involvering af sundhedsplejen og andre aktører: Familien modtager folder gennem praktiserende læger, familiekonsulenter, børneterapeuter og andre ansatte i børne- ungeforvaltningen, som har kontakt og mulighed for at spotte de overvægtige børn. (Langt de fleste af børnene rekrutteres til indsatsens specifikke del via sundhedsplejen). Typisk 0. og 1. klasses undersøgelserne men også 3. klasses undersøgelserne. Bredere markedsføring: PR-initiativerne.	Delvis visitation. Børn og familier er primært blevet visiteret til projektet gennem sundhedsplejersken.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Indirekte fastholdelse ved at tage højde for familiers ønsker og behov.	Ingen opfølgning
2. Vejle	Konstateret overvægt i forhold til BMI ved undersøgelse af kommunallæge eller sundhedsplejerske i 0. klasse (udvidet til 0.-2.klasse for at kunne rekruttere flere familier og afvente parathed). Tidlig opsporing: Ved skolestart i forbindelse med indskolingsundersøgelserne.	Rekruttering ved kommunallæge, sundhedsplejerske eller fra egen læge ved 5-års-undersøgelsen. Dagintitutionerne er orienteret om tilbuddet. Børn og familier henvises via indskolingsundersøgelse, hvilket fungerer hensigtsmæssigt.	Visitation via sundhedsplejerske eller læge.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse via kontaktpersoner. Fastholdelse via løbende justering og opfølgning af individuelle handleplaner for familien.	Efter endt forløb følges hver familie løbende i ½ år af kontaktpersonen.

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
3. Esbjerg	Udgangspunkt i sundhedsplejerskens højde/vækst kurver. Henvisningsvejledning baseret på BMI. Generelle henvisningskriterier: Motiverede børn og forældre, Børn med familiær overvægtshistorik, Overvægtige og svært overvægtige børn i relation til Coles 'Børne BMI indeks.' Eksklusionskriterier for holdforløb: Børn med handicap af psykisk eller motorisk karakter, Børn med særlige sociale problemer. Børn med kendt voldelig adfærd.	Størstedelen af børnene er rekrutteret direkte gennem dialog med sundhedsplejersken, mens andre er rekrutteret via et brev. Sundhedsplejen har indgået i et samarbejde med klasselærere, gymnastiklærere mv. på de involverede skoler i forhold til identifikation og rekruttering (for 3. model)	Delvis visitation. Målgruppen visiteres som udgangspunkt af sundhedsplejersker. Dog også samarbejde mellem tovholdere og klasselærere på de enkelte skoler og den til skolen tilknyttede sundhedsplejerske. Der kan ske henvisning til de individuelle forløb fra både lærere og/eller egen læge (skal dog helst gå via sundhedsplejersken).	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Indirekte fastholdelse: Strategier i de enkelte indsatser for at motivere deltagerne (via de involverede fagpersoner)	Ingen opfølgning
3.Fredensborg	Overvægt eller risiko for overvægt vurderes ud fra sundhedsplejerskernes faglige skøn. Børn på 4., 5. og 6. klassetrin (udvides til 3. klassetrin på den ene pilotskole, pga. manglende tilslutning) *Også fokus på motorisk svage, idrætsusikre børn i starten (motorikscreenet efter Movement Assessment Battery for Children modellen), men dette blev ændret.*	Sundhedsplejen er primær rekrutteringskanal (i samarbejde med lærere) for familiesamtaler. Sundhedsplejerskerne screener børnene på de relevante klassetrin og henviser målgruppebørn til projektet. Herudover henviser Fredensborg Kommunes fritidsvejleder og projektets idrætskonsulent enkelte målgruppebørn fra lokalområdet.	Visitation m. samtale: Sundhedsplejersker på projektskoler gennemfører screeninger og visitationssamtale (fokus på motivation).	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse via opfølgnings/reminder-sms'er.	Ingen opfølgning

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
3. Greve	Målgruppen er 0-2. klasses børn med BMI>18 og som har motiverede familier. Målgruppen udvides undervejs til 0.-3.klasse.	Sundhedsplejersker er hovedaktør som både opsporer og rekrutterer, men også praktiserende læger rekrutterer. Bredere markedsføring: Via artikler og pressemeddelelser i den lokale avis synliggøres projektet. Pjecer er udarbejdet til at ligge ved prak. læge, skoletandlæge, sundhedsplejersker, sundhedscafeen.	Sundhedsplejersker visiterer til indsatsen (via BMI-kurver).	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse via telefonisk/personlig kontakt (sundhedsformidlere).	Ingen opfølgning
3. Køge	Målgruppen er 3-6årige med særligt fokus på 3½årige. Motiverede familier som ønsker at gøre deres livsstil sundere, får mulighed for et relevant og passende tilbud.	Mulighed for ekstra indsats tilbyde familier ved 3 ½års-hjemmebesøg. I forbindelse med det indledende hjemmebesøg, gør sundhedsplejerskerne opmærksom på de mulige opfølgningstilbud, der kan have relevans for den enkelte familie. Der henvises til Tovholdergruppen som samler op på familiernes behov.	Ingen visitation.	Ingen formel fastholdelsesstrategi.	Ingen opfølgning.
3. Roskilde	<u>Primære kriterier</u> (såfremt mindst 1 af nedenstående kriterier er til stede, bør familien henvises til opfølgningsbesøg): Børn i alderen 3-6 år med en BMI over 90-percentilen. Børn i alderen 3-6 år, der har en vægtudvikling over tid, hvor de krydser percentiler opad. Hvis der er tegn på følgesygdomme af overvægt hos barnet *Endvidere er opstillet sekundære og tertiære kriterier, som for overskuelighedens skyld ikke gengives her.*	Opsporing og screening foretages af sundhedsplejerskerne i samarbejde med de privatpraktiserende læger, sundhedscenter og personaler i daginstitutioner. I samarbejde med Sundhedscentret kan opspores voksne med overvægt, der har børn i alderen 3-6 år ligeledes med overvægtproblemer. Dette gøres i forbindelse med sundhedstjek af voksne borgere i 'Sundhedsbussen', et åbent tilbud omkring sundhedstjek til borgere i Roskilde.	Visitation via sundhedsplejerske, egen læge eller sundhedscentret og efterfølgende udfyldes en henvisningsblanket. I forbindelse med henvisningen udleveres informationsmateriale til forældrene omkring opfølgningsbesøgenes formål og indhold. Indenfor 14 dage efter modtaget henvisning, tager sundhedsplejen kontakt til familien mhp. fastsættelse af dato for første opfølgningsbesøg. Cirka 2 måneder efter første besøg, udføres 2 opfølgningsbesøg.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Indirekte fastholdelse: Den tilknyttede sundhedsplejerske forventes at fastholde den enkelte familie i forhold til opfølgningsbesøgene og motivation til livsstilsændringer.	Ingen opfølgning

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
3. Struer	Alder, vægt og social baggrund. Inklusionskriterier: Børn og unge, der enten havde et BMI over grænsen for overvægt og svær overvægt, eller som lå mere end to standarder over normalkurverne.	Sundhedsplejen samt andre fagpersoner, der kan henvise til projektet. De er alle informeret om henvisningskriterier: Almen praksis, AKT lærere, arbejdsgruppen, SSP konsulenter, Skolesundhedsplejen, tandpleje, kommunens skoler. Almen praksis kan henvise via elektronisk henvisningsblanket. Andre henviser via henvisningsblanket der sendes med post. Personlig udvælgelse af mulige deltagere på baggrund af dels overvægt og familiemæssig baggrund. Der er udarbejdet mere konkret informationsmateriale til henvisende aktører samt visitkort.	Delvis visitation.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse: projektleder har ansvaret for den tætte kontakt til deltagerne (ikke yderligere specificeret).	I indsatsen indgik først opfølgning 3,6 og 12 mdr. efter kursusforløb. Senere i forløbet blev opfølgningsdelen udvidet så der blev afholdt opfølgningsmøder hver måned. Deltagerne blev dagen før via SMS mindet om opfølgningsmødet.
3. Tønder	Inklusionskriterier: Unge i alderen 13-18 år. Synlig overvægt f.eks. i form af "bildæk" og "badering" om maven. Unge med en overvægtsgrad over 90 %-percentilen. Herudover skal deltagerne være motivererede for at deltage, og de skal kunne indgå i sociale sammenhænge med andre deltagere. Den unge skal have en støtte person i eget netværk der deltager én gang pr. måned.	Rekruttering: Sundhedsplejersker via en nyoprettet gruppe af sundhedsplejersker, der primært agerer på skoleområdet. Praktiserende læger gennem deres kontakt med unge i lægepraksis. AKT-lærere via daglig kontakt i skolen. PPR via deres kontakt med nogle af de unge. Gennem offentlig information om projektet via kommunens hjemmeside, postkort målrettet de unge, aviser, radio m.m. Fra sommeren 2010 ændrede man looket på annoncerne, så de i højere grad skiller sig ud fra resten af kommunens annoncer.	Delvis visitation. Både sundhedsplejen visiterer til indsatsen samt en bredere vifte af interessenter kan rekruttere de unge. Ifølge projektbeskrivelsen skulle deltagerne henvises via egen læge eller sundhedsplejerske. Dette er lavet om, sådan at man ikke skal have en henvisning for at komme med på holdet, man kan også bare ringe selv uden først at have talt med læge eller sundhedsplejerske.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Uformel fastholdelse ad hoc via projektmedarbejderen i samarbejde med ungdomsskolen	Ingen opfølgning

Kommune	Opsporing	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
3. Vejen	Elever i 5.-10. kl. med BMI over 23som samtidigt er kede af deres vægt.	Sundhedsplejerskerne visiterer eleverne til projektet. Lærere hjælper med at spotte målgruppen og kontakter sundhedsplejen. Forældrene bliver også orienteret om tilbuddet. Kursusforløbene har desuden været annonceret i den lokale avis. Det har derefter været op til forældrene (og eleverne) at tilmelde sig et kursus, og alle tilmeldte er blevet optaget.	Delvis visitation. Både sundhedsplejersker visiterer og børn/forældre kan selv kontakte og tilmelde sig.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Indirekte fastholdelse via engagerede sundhedsinstruktører (og den anvendte metode).	Ingen opfølgning
3. Aalborg	BMI over 90 percentilen med motiverede forældre. Målgruppe på 2-5årige blev udvidet til 2-6år grundet problemer med rekruttering, og senere udvidet igen til 2 - 10 år pga. samme problematik.	Opsporing og rekruttering foregår, hvor børnene færdes og henvises via henvisningsskema til visitationssamtale. Praktiserende læger bruger elektronisk henvisning. Alle aktørerne omkring børnene er informeret via skriftlig og personlig henvendelse, opsøgende arbejde og vejledning ift. opsporing og rekruttering.	Visitation m. visitationssamtale. Alle aktører omkring barnet kan henvise til visitationssamtale m. overvægtskoordinator.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Indirekte fastholdelse via projektets metoder.	Etablering af opfølgningsmøde efter endt projektdeltagelse (efter familier efterspurgte dette).
3. Aarhus	Fedt for Fight tilbydes ved indskolingsundersøgelsen systematisk til alle familier med børn med et alders- og kønskorrigeret Body Mass Index (BMI) ≥30. I projektinterventionen indrages 0. klasserne fra skoleåret 2008/2009 og 2009/2010. (på kommunens 3 specialskoler, kan skolesundhedsplejerske vurderer relevansen af tilbuddet ift. den enkelte familie)	Sundhedsplejersker rekrutterer/visiterer til projektet via indskolingsundersøgelsen. Projektet formidles af skolesundhedsplejersken, der har en folder, der understøtter den mundtlige information ved indskolingsundersøgelsen. Efterfølgende er det Fedt for Fight sundhedsplejersken, der synliggør og promoverer aktiviteterne.	Visitation via skolesundhedsplejerske. Elektroniske henvisninger fra skolesundhedsplejerske sendes til projektkoordinator, som videre sender til en "Fedt for Fight sundhedsplejerske". Henvisningen er omkring koordinator grundet logistisk, evaluering og kvalitetssikring.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse via medarbejder: FFFS sundhedsplejersken har hovedansvaret for at fastholde familien i FFFS i interventionsperioden.	Udskrivningsmøde med deltagelse af skolesundhedsplejerske, FFFS sundhedsplejerske og familier. Der er post-projektopfølgning som minimum i forhold til børnenes vægtudvikling.

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner

Tabel 5-8 – Frafald i de specifikke indsatser

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafaldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (DKK)
1. Frederikshavn	Den Sunde Cirkel		Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Gladsaxe	Flik-Flak		80 familier	80 familier	100 %	0 %	Data mangler
1. Herlev	Tigerspring	Indsats 1 (Lille Tigerspring)	59	54	92 %	8 %	Data mangler
		Indsats 2 (Store Tigerspring)	28 (+familier)	18	64 %	36 %	Data mangler
1. Langeland	Aktiv skole	Aktiv Skole	129	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Mariagerfjord	Trivsel og Trav	Indsats 1 (Familierådgivningen)	*38 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 2 (Tarzan)	*38 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Odsherred	Xtra fokus	Indsats 1 (Familieskolen)	26	18	69 %	31 %	Data mangler
		Indsats 2 (Livsstilskursus)	17	14	82 %	18 %	
		Indsats 3 (Fødselsforberedelse)	9	8	89 %	11 %	
1. Stevns	Guldklumperne		63	42	67 %	33 %	48.594
1. Varde	Rend og Hop		Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafaldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (DKK)
1. Vordingborg	Den Gode Cirkel		60	41	68 %	32 %	74.013
1. Aarhus	Aarhus har en fed plan	Fokus på Fedt for fight-indsatsen	42 (skoleåret 07/08)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Favrskov	Let barnet - styrk familien	Indsats 1	35	33	94 %	6 %	Data mangler
		Indsats 2	19	13	68 %	32 %	
		Indsats 3	18	7	39 %	61 %	
2. Faxe	Faxe Kommunes overvægtsindsats år 2007-2010	Indsats 1 (Trim Kids)	61	ca. 41	67 %	33 %	
		Indsats 2 (Mad, motion og sundhedscoaching)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 3 (Familieteam)	12 (familier)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Glostrup	Sund Skolestart		16 (familier)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Halsnæs	Sunde og glade børn i Halsnæs Kommune	(MEND)	45 (familier)	26 (familier)	57 %	43 %	Data mangler
2. Middelfart	Sundhed med omtanke		46 (familier)	40 (familier)	87 %	13 %	Data mangler
2. Norddjurs	Norddjurs-modellen		110	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafaldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (DKK)
2. Sorø	Sorø, Sund og Stærk	Indsats 1 (Trivselsteam)	*ca. 130 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 2 (Playhold)	*ca. 130 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 3 (Livsstilsværksted)	*ca. 130 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Syddjurs	Krop, mad og bevægelse	Indsats 1	*43 (ikke specificeret for delprojekt)*	Data mangler	79 %	21 %	Data mangler
		Indsats 2	*43 (ikke specificeret for delprojekt)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Vordingborg	Vordingborg Kommunes overvægtsprogram for børn og unge	Indsats 1 (Familievægtskolen)	40	25	63 %	39 %	Data mangler
		Indsats 2 (Fit Kid)	200	144	72 %	28 %	Data mangler
2. Vejle	Sunde vaner fra barnsben		73	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
3. Esbjerg	Bevæg dig sund og glad		14	14	100 %	0 %	Data mangler
3. Fredensborg	Vægt på sjov – Mindre på vægten		101	17	17 %	83 %	145.163
3. Greve	MultiMinen – kommunens projekt for overvægtige børn i indskolingen		57 familier	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
3. Køge	Den kompetente børnefamilie		60	60	100 %	0 %	Data mangler

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafaldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (DKK)
3. Roskilde	Nye vaner – Nye veje		15	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
3. Struer	S-faktor, har du det der skal til?		40	30	25 %	75 %	19.610
3. Tønder	Talent for Sundhed		56	37	66 %	34 %	Data mangler
3. Vejen	Du bestemmer – Vægten indeni		79	75	95 %	5 %	Data mangler
3. Aalborg	Balance for livet		74	61	82 %	18 %	Data mangler
3. Aarhus	"Fedt for fight"		115	96	84 %	17 %	Data mangler

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner.

Tabel 5-9 – Kodificering af metoder

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Målgruppe - hvilke karakteristika kendetegner målgruppen	Effekter - Hvilke typer effekter skaber programmet	Uddannelses- og kompetenceprofil hos udøverne. Hvad er minimumskrav til deres uddannelsesbaggrund, efteruddannelse, erfaring, certificering	Teoretisk grundlag - Hvilket teoretisk fundament hviler metoden på?	Empirisk grundlag - Er der tidligere erfaringer, forskning mv. som sandsynliggør at indsatsen kan lykkes?	Pædagogisk/psykologisk metode. Er der bestemte metoder, som anvendes?	Varighed - Hvad er den tidsmæssige tilrettelæggelse (dage, uger, måneder, år)?	Lokalitet - Er der særlige forhold om lokalitet, som er væsentlige?	Sekvens - Hvilke faser er der i forløbet, og hvad er de centrale milepæle?	Teknologi og værktøjer - Hvilke værktøj bruges til hvilke formål?	Omkostninger ved forløbet - Hvad koster et gennemsnitligt forløb?
1. Frederikshavn	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Delvis	Nej
1. Gladsaxe	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Delvis	Delvis	Nej
1. Herlev	Ja	Ja	Nej	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Delvis	Nej
1. Langeland	Delvis	Ja	Nej	Nej	Delvis	Delvis	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
1. Mariagerfjord	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
1. Odsherred	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej
1. Stevns	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Delvis	Ja	Nej
1. Varde	Delvis	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Delvis	Nej	Ja	Delvis	Nej	Nej
1. Vordingborg	Delvis	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Delvis	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
1. Aarhus	Ja	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Delvis	Ja	Nej
2. Favrskov	Delvis	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
2. Faxe	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej
2. Glostrup	Ja	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej
2. Halsnæs	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Nej
2. Middelfart	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Delvis	Nej	Delvis	Delvis	Nej
2. Norddjurs	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
2. Sorø	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
2. Syddjurs	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
2. Vejle	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Nej
2. Vordingborg	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej
3. Esbjerg	Ja	Ja	Delvis	Nej	Delvis	Delvis	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Nej
3. Fredensborg	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Delvis	Nej
3. Greve	Ja	Ja	delvis	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Nej
3. Køge	Delvis	Nej	Ja	Ja	Delvis	Ja	Delvis	Nej	Delvis	Delvis	Nej

Kommuner 1., 2. og 3. udmøntning	Målgruppe - hvilke karakteristika kendetegner målgruppen	Effekter - Hvilke typer effekter skaber programmet	Uddannelses- og kompetenceprofil hos udøverne. Hvad er minimumskrav til deres uddannelsesbaggrund, efteruddannelse, erfaring, certificering	Teoretisk grundlag - Hvilket teoretisk fundament hviler metoden på?	Empirisk grundlag - Er der tidligere erfaringer, forskning mv. som sandsynliggør at indsatsen kan lykkes?	Pædagogisk/psykologisk metode. Er der bestemte metoder, som anvendes?	Varighed - Hvad er den tidsmæssige tilrettelæggelse (dage, uger, måneder, år)?	Lokalitet - Er der særlige forhold om lokalitet, som er væsentlige?	Sekvens - Hvilke faser er der i forløbet, og hvad er de centrale milepæle?	Teknologi og værktøjer - Hvilke værktøj bruges til hvilke formål?	Omkostninger ved forløbet - Hvad koster et gennemsnitligt forløb?
3. Roskilde	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
3. Struer	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Nej
3. Tønder	Ja	Ja	Nej	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej
3. Vejen	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Nej
3. Aalborg	Ja	Ja	Nej	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Nej	Delvis	Ja	Delvis
3. Aarhus	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja

Kilde: Egenevalueringer og evalueringsskabeloner

Tabel 5-10 – Økonomiske ressourcer for kommunale projekter

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Kommunens medfinansiering (kr.)	SST-bevilling (kr.)	Samlet budget	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafaldsfaldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (kr.)
1. Frederikshavn	Den Sunde Cirkel		Data mangler	2.000.000	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Gladsaxe	Flik-Flak		Data mangler	2.000.000	Data mangler	80 familier	80 familier	100 %	0 %	Data mangler
1. Herlev	Tigerspring	Indsats 1 (Lille Tigerspring)	Data mangler	3.500.000	Data mangler	59	54	92 %	8 %	Data mangler
		Indsats 2 (Store Tigerspring)				28 (+familier)	18	64 %	36 %	Data mangler
1. Langeland	Aktiv skole	Aktiv Skole	Data mangler	2.000.000	Data mangler	129	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Mariagerfjord	Trivsel og Trav	Indsats 1 (Familierådgivningen)	Data mangler	3.000.000	Data mangler	*38 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 2 (Tarzan)				*38 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Odsherred	Xtra fokus	Indsats 1 (Familieskolen)	Data mangler	3.500.000	Data mangler	26	18	69 %	31 %	Data mangler
		Indsats 2 (Livsstilskursus)				17	14	82 %	18 %	
		Indsats 3 (Fødselsforberedelse)				9	8	89 %	11 %	
1. Stevns	Guldklumperne		825.000	1.215.950	2.040.950	63	42	67 %	33 %	48.594
1. Varde	Rend og Hop		Data mangler	2.000.000	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
1. Vordingborg	Den Gode Cirkel		Slut regnskab viser en forøgelse af kommunens egenfinansiering på 134.539 kr. +	2.000.000	3.034.539	60	41	68 %	32 %	74.013

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Kommunens medfinansiering (kr.)	SST-bevilling (kr.)	Samlet budget	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafalds faldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (kr.)
			900.000 kr.							
1. Aarhus	Aarhus har en fed plan	Fokus på Fedt for fightindsatsen	Ja, men uklart	4.450.000	Data mangler	42 (skoleåret 07/08)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Favrskov	Let barnet - styrk familien	Indsats 1	600.000	1.654.762	2.254.762	35	33	94 %	6 %	Data mangler
		Indsats 2				19	13	68 %	32 %	
		Indsats 3				18	7	39 %	61 %	
2. Faxe	Faxe Kommunes overvægtsindsats år 2007-2010	Indsats 1 (Trim Kids)	Data mangler	3.648.000	Data mangler	61	ca. 41	67 %	33 %	
		Indsats 2 (Mad, motion og sundhedscoaching)				Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 3 (Familieteam)				12 (familier)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Glostrup	Sund Skolestart		Data mangler	962.132	Data mangler	16 (familier)	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Halsnæs	Sunde og glade børn i Halsnæs Kommune	(MEND)	Data mangler	3.200.000	Data mangler	45 (familier)	26 (familier)	57 %	43 %	Data mangler
2. Middelfart	Sundhed med omtanke		Data mangler	Data mangler	Data mangler	46 (familier)	40 (familier)	87 %	13 %	Data mangler

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Kommunens medfinansiering (kr.)	SST-bevilling (kr.)	Samlet budget	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafalds faldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (kr.)
2. Norddjurs	Norddjurs-modellen		Data mangler	3.140.000	Data mangler	110	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Sorø	Sorø, Sund og Stærk	Indsats 1 (Trivselsteam)	Data mangler	2.050.000	Data mangler	*ca. 130 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 2 (Playhold)				*ca. 130 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
		Indsats 3 (Livsstilsværksted)				*ca. 130 (i alt for delprojekter)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Syddjurs	Krop, mad og bevægelse	Indsats 1	Data mangler	2.726.050	Data mangler	*43 (ikke specificeret for delprojekt)*	Data mangler	79 %	21 %	Data mangler
		Indsats 2				*43 (ikke specificeret for delprojekt)*	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
2. Vordingborg	Vordingborg Kommunes overvægtsprogram for børn og unge	Indsats 1 (Familievægtskolen)	Data mangler	4.346.400	Data mangler	40	25	63 %	39 %	Data mangler
		Indsats 2 (Fit Kid)				200	144	72 %	28 %	Data mangler
2. Vejle	Sunde vaner fra barnsben		1.902.510	4.530.830	6.433.340	73	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
3. Esbjerg	Bevæg dig sund og glad		286.930	600.759	887.689	14	14	100 %	0 %	Data mangler
3. Fredensborg	Vægt på sjov – Mindre på vægten		799.450	1.668.323	2.467.773	101	17	17 %	83 %	145.163
3. Greve	MultiMinen – kommunens projekt for overvægtige børn i indskolingen		Data mangler	2.796.000	Data mangler	57 familier	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler

Kommune 1., 2. og 3. udmøntning	Projekt	Evt. indsatser	Kommunens medfinansiering (kr.)	SST-bevilling (kr.)	Samlet budget	Antal optaget	Antal gennemførte	Gennemførselsprocent	Frafaldsprocent	Pris pr. gennemført deltager (kr.)
3. Køge	Den kompetente børnefamilie		Data mangler	1.805.697	Data mangler	60	60	100 %	0 %	Data mangler
3. Roskilde	Nye vaner – Nye veje		545.000	843.626	1.388.626	15	Data mangler	Data mangler	Data mangler	Data mangler
3. Struer	S-faktor, har du det der skal til?		196.095	392.191	588.286	40	30	25 %	75 %	19.610
3. Tønder	Talent for Sundhed		765.350	1.845.800	2.611.150	56	37	66 %	34 %	Data mangler
3. Vejen	Du bestemmer – Vægten indeni		600.000	1.800.000	2.400.000	79	75	95 %	5 %	Data mangler
3. Aalborg	Balance for livet		507.340	1.110.980	1.618.320	74	61	82 %	18 %	Data mangler
3. Aarhus	"Fedt for fight"		Data mangler	1.698.500	Data mangler	115	96	84 %	17 %	Data mangler

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner, SST-bevillingsopgørelse.

Tabel 5-11 – QCA-kombinationer af faktorer med betydning for rekruttering

Faktorer med betydning for rekruttering				QCA analysens resultat	Kommunale projekter
Række	Indsamlet mål-gruppedata for-ud for projektet	Klar mål-gruppe af-grænsning	Indsatsgruppe en blanding af målgruppe og børn med normal vægt	Rekruttering af mål-gruppen uden proble-mer	
A	Ja	Ja	Nej	Blandede tendenser	Gladsaxe, Stevns, Halsnæs, Vordingborg (delprojekt 1 og 2), Middelfart, Fredensborg, Roskilde, Aarhus
B	Ja	Nej	Ja	Nej	Odsherred (delprojekt 1 og 2), Tønder
C	Nej	Ja	Nej	Blandede tendenser	Aarhus, Favrskov (delprojekt 1), Faxe (delprojekt 3), Glostrup, Sorø (del-projekt 1), Syddjurs (delprojekt 1), Esbjerg, Struer, Aalborg
D	Nej	Nej	Ja	Nej	Favrskov (delprojekt 2), Faxe (delprojekt 2), Vejen
E	Nej	Ja	Ja	Nej	Vejle
F	Ja	Ja	Ja	Ja	Greve

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews, QCA-datasæt.

Tabel 5-12 – QCA-kombinationer af faktorer med betydning for målgruppevisitation til indsatsen

Faktorer med betydning for målgruppevisitationen til indsatsen				QCA analysens resultat	Kommunale projekter
Række	Klar målgruppe afgrænsning	Indsatsgruppe en blan-ding af målgruppe og børn med normal vægt	Objektive visita-tions-kriterier	Kun målgruppe visiteret til indsats	
A	Ja	Nej	Ja	Ja	Gladsaxe, Stevns, Aarhus, Favrskov (delprojekt 1), Faxe (delprojekt 3), Glostrup, Halsnæs, Sorø (delprojekt 1), Syddjurs (delprojekt 1), Vording-borg (delprojekt 1 & 2), Middelfart, Esbjerg, Fredensborg, Roskilde, Stru-er, Aalborg, Aarhus
B	Nej	Ja	Ja	Nej	Odsherred (delprojekt 1 & 2), Favrskov (delprojekt 3), Tønder, Vejen
C	Nej	Ja	Nej	Nej	Faxe (delprojekt 2)
D	Ja	Ja	Ja	Ja	Vejle, Greve

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews, QCA-datasæt.

Tabel 5-13 – QCA-analyse: Faktorer der ikke har betydning for om deltagerne succesfyldt gennemfører programmet

Faktor	Hvilken effekt har faktoren for om deltagerne succesfuldt gennemførere programmet
Geografisk placering	Mod forventning har den geografiske placering af projekterne ikke haft en tydelig effekt på gennemførelsesprocenten i projekterne. Generelt angiver flere kommuner, at geografisk placering af projekterne har været en udfordring, men det virker ikke til at have været en barrierer for om der er opnået effekter hos deltagerne, hvorved man må antage, at deltagerne er mødt op til projektaktiviteterne, selvom de har angivet at den geografiske placering er en udfordring. Det er i alt 5 ud af 13 projekter (38 %) hvor deltagerne har succesfuldt gennemført programmet, som fremhæver at geografisk placering af projekterne har været en udfordring. Modsat er 3 ud af 13 projekter (23 %) hvor deltagerne succesfuldt har gennemført programmet fremhæver at geografisk placering af projekterne ikke har været en udfordring. De resterende projekter som har haft en gennemførelsesprocent på min. 70 %, har ikke angivet om projekternes geografiske placering har været en udfordring. Hvis man i stedet analyserer på de projekter hvor der ikke har været en gennemførelsesprocent på min 70 %, så er der 3 ud af 7 projekter (43 %) som fremhæver at geografisk placering af projekterne har været en udfordring. De resterende projekter har ikke angivet om den geografiske placering har været en udfordring. Derved har det haft den geografiske placering haft en lidt større betydning for de projekter med en lav gennemførelsesrate, men tendensen er svag. Samlet har den geografiske placering betydning for projekter med en lav gennemførelsesrate, men da der stadig er projekter som opnår en høj gennemførelsesrate selvom den geografiske placering angives til at være en udfordring, anses den geografiske placering ikke til at være en afgørende faktor for gennemførelsesprocenten i projekterne.
Familier deltaget	Ligeledes er der undersøgt om det har betydning for gennemførelsesraten at familierne deltager i indsatsen. I 8 ud af 13 projekter (62 %) hvor deltagerne succesfuldt har gennemført programmet har familierne deltaget i indsatsen. Men omvendt har familierne ligeledes deltaget i 6 ud af de 9 projekter (67 %), hvor deltagerne ikke succesfuldt har gennemført programmet. At familierne deltager i projektindsatserne kan derved ikke alene fører til konklusionen om at deltagerne succesfuldt gennemføre programmet, da familierne deltager næsten lige meget i de projekter som har en høj gennemførelsesrate og i de projekter som har en lav gennemførelsesrate.

Faktor	Hvilken effekt har faktoren for om deltagerne succesfuldt gennemførere programmet
Forældreopbakning	Projektindsatserne er rettet mod børn og unge, hvorfor det må forventes at have en indflydelse på gennemførelsesraten om deltagernes forældre bakker op om projektprogrammet. I 7 ud af 13 projekter (54 %) hvor deltagerne succesfuldt har gennemført programmet, har der været forældreopbakning. Der er 4 projekter ud af 7 (54 %), hvor deltagerne ikke har gennemført programmet succesfuldt, har der været hel eller delvis forældreopbakning. Ved de resterende projekter hvor deltagerne ikke har gennemført programmet succesfuldt, er der ikke opgjort hvorledes der har været forældreopbakning til projektet eller ej. Derved er procentdelen af projekter med forældreopbakning det samme for de projekter som har en høj gennemførelsesrate og de projekter som har en lav gennemførelsesrate, hvormed forældreopbakningen ikke kan sige at have en afgørende betydning for hvorledes deltagerne gennemfører projektet.
Kompetenceudvikling af professionelle	Kompetenceudvikling af professionelle om identifikationsopgaver synes ikke at have en positiv effekt på, om deltagerne succesfuldt gennemfører projektet. I 6 ud af 13 projekter (46 %) hvor deltagerne succesfuldt har gennemført programmet, har der været kompetenceudvikling af professionelle om identifikationsopgaver. Derimod har der ved de resterende 7 projekter (54 %) ikke været kompetenceudvikling af de professionelle om identifikationsopgaver

Kilde: Egenevalueringer, evalueringsskabeloner og projektlederinterviews, QCA-datasæt.