



TVÆRGÅENDE EVALUERING AF
PROJEKTERNE I 3. UDMØNTNING
af "Kommunens plan mod overvægt
blandt børn og unge"

2012

Tværgående evaluering af projekterne i 3. udmøntning af "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, kommune

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 17.august 2012

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7104-416-4

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, september 2012.

Indhold

1	Indledning	5
1.1	Evalueringsens formål	6
1.2	Evalueringsens metode	6
2	Konklusion og anbefalinger	8
2.1	Sammenfatning og konklusion	8
2.1.1	Forankring og organisering	9
2.1.2	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	10
2.1.3	Aktører og opgaver	10
2.1.4	Kompetenceudvikling	11
2.1.5	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	11
2.1.6	Målsætninger og resultater	12
2.2	Anbefalinger	12
3	De kommunale indsatser	16
4	Organisering og forankring	21
4.1	Introduktion	21
4.2	Organisering	21
4.3	Forankring	25
4.3.1	Tværoorganisatorisk forankring	25
4.3.2	Opbakning	25
4.3.3	Forankringstiltag	27
4.3.4	Videreførelse efter projektperiodens ophør.	28
4.4	Analyse og vurdering	28
5	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	30
5.1	Introduktion	30
5.2	Metoder og mekanismer	30
5.2.1	Specifikke indsatser	31
5.2.2	Kodificerede vs. ikke-kodificerede indsatser	33
5.2.3	Brugerinddragelse i tilrettelæggelsen	35
5.2.4	Strategi i forhold til italesættelse af overvægtsproblematikker	36
5.3	Analyse og vurdering	36
6	Aktører og opgaver	38
6.1	Introduktion	38
6.2	Indsatsernes arenaer	38
6.3	Samarbejdspartnere i projekterne	39
6.3.1	Samarbejde med kommunale aktører	39
6.3.2	Samarbejde med regionale aktører	42
6.3.3	Samarbejde med frivillige (og andre) aktører	42
6.4	Analyse og vurdering	43

7	Kompetenceudvikling	44
7.1	Introduktion	44
7.2	Kompetenceudviklingens fokus	44
7.3	Evaluering af og opfølgning på kompetenceudviklingen	47
7.4	Analyse og vurdering	48
8	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	50
8.1	Introduktion	50
8.2	Identifikation	50
8.3	Rekruttering	51
8.4	Visitation	53
8.5	Fastholdelse	54
8.5.1	Frafald	54
8.6	Opfølgning	56
8.7	Analyse og vurdering	56
9	Målsætninger og resultater	58
9.1	Introduktion	58
9.2	Målsætninger	58
9.3	Projekternes resultater	59
9.4	Analyse og vurdering	63
	Bilagsfortegnelse	64

1 Indledning

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

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

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

Projekterne fra 1. udmøntning blev afsluttet medio 2008 til medio 2009. Projekterne fra 2. udmøntning blev afsluttet ultimo 2010. Projekterne i 3. udmøntning blev afsluttet ultimo 2011¹. Disse udviklingsprojekter er samlet under overskriften "Kommunens plan mod overvægt".

Sundstyrelsen har ved udmøntningen af midlerne stillet krav om, at kommunernes projekter i 3. udmøntning udelukkende indeholder specifikke indsatser (modsat de to tidligere udmøntningsrunder hvor der både har været en generel og en specifik indsats). Det har endvidere været et krav, at indsatserne er flerstrengede, således at der både fokuseres på psykosociale aspekter ved overvægten samt fysisk aktivitet og kost. Sundhedsstyrelsen side har ikke stillet krav til specifikke forebyggelsesmetoder, som projekterne skulle anvende. Det har dog været et krav fra Sundstyrelsen, at de 10 projekter i 3. udmøntning tog afsæt i den kommunale sundhedstjeneste.

Krav til 3. udmøntningsprojekter

Formålet med tredje udmøntning af satspuljen "Kommunens plan mod overvægt" er at afprøve, hvilken betydning en styrket indsats i den kommunale sundhedstjeneste (sundhedsplejersker og kommunallæger) har i forhold til at reducere eller stagnere den negative udvikling af overvægt hos børn og unge fra fødslen og op til 18 år.

Indsatsen skal:

- søge at mobilisere familien/barnets egne ressourcer og handlekompetence ift. at håndtere deres overvægtsproblem
- fokusere på én eller to livsfaser (fx småbørnsalderen, de første skoleår mv.)
- udvikle eller afprøve kendte metoder til at motivere familien, barnet/den unge
- differentieres i forhold til, hvilke tilbud forskellige børn og familier har behov for (med forståelse for de psykologiske og sociale sider af overvægten)

¹ To projekter (i Middelfart og Vejle kommuner) fra 2. udmøntning indgår pga. forlængelse i nærværende afrapportering af 3. udmøntningsprojekter.

Puljen har til formål at metodeafprøve og udvikle flere forskellige metoder, indsatser og måder at organisere sig på i forhold til forebyggelse af overvægt blandt børn i en kommunal kontekst.

Det har fra begyndelsen af puljens udmøntning været et krav, at der lokalt gennemføres egne eksterne projektevalueringer for hvert projekt, samt at alle projekter udfylder en række standardiserede indrapporteringsskemaer ved start (baseline), midtvejs og afslutning af projektet.

Specifik indsats

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

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

Rapporten sammenfatter evalueringerne af de kommunale projekter i 3. udmøntningsrunde (2009-2011) samt to projekter fra Middelfart og Vejle kommuner, som indgik i 2. udmøntning. Rapportens målgruppe er kommunale praktikere og ledere. 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.

Temaerne strukturerer ligeledes indholdet i denne tværgående evalueringsrapport.

1.2 Evalueringens metode

Denne tværgående evaluering sammenfatter fundene fra 3. udmøntnings projektevalueringer. Der er således tale om en meta-evaluering, hvor evaluator i overvejende grad baserer sine analyser og konklusioner på eksisterende data. Der er kun i begrænset omfang foretaget yderligere dataindsamling.

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

En forudsætning i meta-evaluering er, at tilgangen beror på sekundære data og således ikke har større udsagnskraft, end det forhåndenværende datamateriale tillader. I praksis har der i forbindelse med den tværgående evaluering været endog meget stor spredning i evalueringernes sigte og form for afrapportering, hvilket begrænser mulighederne for at vurdere de enkelte projekters succes i de tværgående analyser og konklusioner. Frem for udelukkende at vægte projekternes egne vurderinger inddrager Rambøll derfor også nyeste viden fra implementeringsforskningen

til at kvalificere analysen. Dermed benyttes litteraturen til at vurdere, hvorvidt forskellige forhold i projekterne har været opfyldt, som kan sandsynliggøre deres succes yderligere.

Samtlige kommuner fra 3. udmøntning samt Vejle og Middelfart kommuner fra 2. udmøntningsrunde indgår i nærværende evalueringens datagrundlag.

Ud over de nævnte skriftlige kilder har vi suppleret dataanalysen med opfølgende telefoninterviews med projektlederne² for at styrke analysen af de tværgående temaer. Sigtet hermed har været at få yderligere belyst de emner, som er genstand for den tværgående evaluering.

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

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

² I enkelte tilfælde har kommunen valgt, at interviewet skulle være med den tilknyttede evaluator eller projektejer på projektet og ikke projektleder (Aalborg og Roskilde).

2 Konklusion og anbefalinger

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

2.1 Sammenfatning og konklusion

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

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

Rapporten omhandler resultaterne fra 10 kommunale projekter fra 3. udmøntning samt to projekter fra 2. udmøntning.

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

I figuren nedenfor sammenfattes kort væsentlige læringspunkter fra 3. udmøntningsprojekterne for de enkelte temaer i evalueringen.

Tabel 2.1: Væsentlige læringspunkter fra evalueringen

Tema	Læringspunkter	
	+ *	÷
Forankring og organisering	Fastansatte projektmedarbejdere At få skabt ejerskab til projektet	Manglende ledelsesopbakning kan påvirke implementering og fremdrift negativt
Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Potentiale i skolen som arena God erfaring på tværs med inddragelse af familier Bred anvendelse af samtaleforløb og god erfaring hermed	Manglende psykologkompetencer i projektet kan udfordre håndteringen af psykiske problemstillinger i relation til overvægt Metoder udviklet til og oprindeligt målrettet en ældre målgruppe kan ikke nødvendigvis anvendes til yngre målgrupper
Aktører og opgaver	Sundhedsplejersker er relevante aktører i både opsporing og indsats Gode erfaringer med kommunale fritidsvejledere som bindeled til foreningslivet	Almen praksis svær at engagere i opsporing og rekruttering
Kompetenceudvikling	Kompetenceudvikling en væsentlig aktivitet på tværs	Manglende viden om effekten af kompetenceudviklingen hos de opkvalificerede
Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Sundhedsplejen er den primære rekrutteringskanel Væsentligt med klare kriterier for inklusion i tilbud	Rekruttering af deltagere er meget ressourcekrævende Udfordrende at fastholde deltagere i projektet
Målsætninger og resultater	Størstedelen af projekter søgte at belyse effekter på lang sigt	Målsætninger med varierende præcision Effektevalueringer utilstrækkelig til at kunne konkludere på indsatsernes opnåede resultater

*) Et plus (+) i tabellen repræsenterer fund i evalueringen, som peger i en positiv retning, hvorimod minus (÷) repræsenterer udfordrende eller negative fund.

2.1.1 Forankring og organisering

Som det også gjorde sig gældende i projekterne fra 1. og 2. udmøntning, viser den tværgående analyse, at de kommunale projekter i 3. udmøntning har valgt en ensartet projektorganisering. Alle projekter indeholder lignende organisatoriske grundkomponenter (projektejer, styregruppe, projektleder og projektgruppe). Der er i flere tilfælde tale om en delt forankring af indsatsen på tværs af forvaltninger – med projektledelse og projektmedlemmer i forskellige forvaltninger og dermed delt ledelsesansvar for projektet. Endvidere prioriteres brugen af fastansatte kommunale medarbejdere i projektorganisationen, hvilket SST også opfordrede kommunerne til puljeopslaget for 3. udmøntning.

Centralt for implementering og forankring af projekterne i den kommunale drift er:

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

Størstedelen af kommunerne opnår delvis forankring af deres projekt i den videre drift, men enkelte gør ikke. Projekterne i 3. udmøntning har været gennemført i en periode med hård økonomisk prioritering i kommunerne, hvilket udfordrer mulighederne for videreførelse af komplette indsatser efter projektperioden. Kommunerne har dog forsøgt at imødekomme dette vilkår – i overensstemmelse med kravene fra SST ved 3. udmøntning - ved så vidt muligt at afveje ressourcebehov i planlægningsfasen og afprøve indsatser, der var dimensioneret til senere drift.

Det er endvidere Rambølls vurdering, at organisatoriske og ledelsesmæssige forhold i nogle få tilfælde har påvirket projekternes implementering og fremdrift negativt. Det synes dog ikke at være sket i en grad, som i sidste ende har påvirket projekternes resultater væsentligt.

2.1.2 Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse

Det er Rambølls vurdering på baggrund af analysen, at 3. udmøntningsprojekterne alle hviler på et solidt empirisk grundlag. Dette fordi forskning i andre sammenhænge har sandsynliggjort, at de anvendte metoder og mekanismer er vist effektive til at nedbringe 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 effektive i sig selv.

Der er flere fælles træk i projektdesign på tværs af kommuner. Særligt er samtaleforløb med børn og/eller forældre en meget anvendt kognitivt intervenerende mekanisme på tværs af indsatserne i 3. udmøntningsprojekterne. Endvidere anvender flere kommuner brugerinddragelse i udviklingen og justeringen af overvægtsindsatsen, hvilket Rambøll vurderer som positivt for implementeringen af projekterne, idet dette illustrerer en lydhørhed over for brugernes oplevelse af indsatsen.

Trods velfunderede designs er der, ligesom i de to første udmøntninger, også i 3. udmøntningsprojekterne en begrænset anvendelse af kodificerede indsatser, og der afprøves således ikke fulde (evidensbaserede) programmer (dette er heller ikke et krav). Kommunerne har dog ofte fundet inspiration fra allerede anvendte indsatser (primært i andre kommuner og enkelte også fra udlandet).

Hvad angår kodificering - forstået som en skriftlig protokol der som minimum beskriver indsatsens målgruppe, formål, tilsigtede virkninger, metoder og varighed - er det Rambølls vurdering, at der er anvendt for få ressourcer på at kodificere projekternes egne vellykkede indsatser, således de kan anvendes af andet personale eller i andre kommuner. Set i lyset af det faktum, at der er tale om udviklingsprojekter, er det en mangel, at disse, såfremt de vurderes succesfulde, ikke kodificeres i tilstrækkelig grad. Dette er en barriere for opskalering af lovende indsatser i andre kommuner.

2.1.3 Aktører og opgaver

Det er Rambølls vurdering, at der er særlige opmærksomhedspunkter, når det gælder samarbejdet med forskellige aktører.

Erfaringerne viser, at sundhedsplejersker som aktørgruppe er en relevant og kompetent faggruppe i forhold til særligt opsporing og rekruttering af målgruppen for overvægtsindsatser. Dette særligt i skolealderen, samt når børnene er helt små, idet sundhedsplejerskerne har en naturlig indgang til børnene via deres øvrige driftsopgaver.

Der fremstår dog også udviklingsmuligheder i at samarbejde med andre aktører. Der er god erfaring med indsatser i ungdomsskoleregi (dog er der kun to kommuner, som har afprøvet dette). Endvidere ser Rambøll et potentiale i samarbejdet med folkeskolen. Til trods for at samarbejdet med folkeskoler ikke har haft udpræget fokus på tværs af kommuner, og under halvdelen af projekterne i 3. udmøntning er foregået i denne arena, er det Rambølls vurdering, at der er et stort potentiale i at forbedre samarbejdet i dette regi. Dette understreges af den kommunale sundhedstjenestes tilstedeværelse i netop denne arena.

I den kommunale organisation findes også mulige bindeled til relevante aktører uden for kommunalt regi. Eksempelvis er der i flere kommuner positive erfaringer med at bruge den kommunale fritidsvejleder som bindeled i bestræbelserne på at sikre velfungerende samarbejde med frivillige foreninger (som der, ligesom erfaringerne fra de tidligere puljeudmøntninger viser, ofte er udfordringer i samarbejdet med på tværs af kommuner).

Størstedelen af projekterne i 3. udmøntning oplever udfordringer i involveringen af alment praktiserende læger. Dette til trods for at flere kommuner anser alment praktiserende læger som en central samarbejdspartner i overvægtsindsatsen netop i forhold til identificering og rekruttering af målgruppen i de perioder af børns og unges liv, hvor de ikke er i naturlig kontakt med det kommunale system (via sundhedspleje og sundhedstjeneste). I praksis lykkes det ikke at få de praktiserende læger tilstrækkeligt involveret.

2.1.4 Kompetenceudvikling

Den tværgående analyse finder, at kommunerne har igangsat mange kompetenceudviklingsaktiviteter på tværs af de kommunale projekter, og at disse har haft et varierende fokus på udvikling af kompetencer både i relation til selve projektindsatserne (i form af opkvalificering i forhold til metoder og viden relateret til overvægtsindsatsen) samt de processuelle kompetencer til anvendelse i projektforløbet.

Rambøll vurderer imidlertid kritisk, at der er manglende opfølgning på de ny erhvervede kompetencer. Det er ud fra Rambølls vurdering uhensigtsmæssigt at bruge ressourcer på at opkvalificere medarbejdere uden også at have undersøgt, hvorvidt kompetenceudviklingen reelt er lykkedes. Dette er ikke sket i tilstrækkelig grad i nogen af kommunerne.

Det er således Rambølls vurdering, at der har været for lidt fokus på, hvorvidt de tilsigtede kompetencer, som har været fokus for kompetenceudviklingsaktiviteterne, er blevet udviklet og tilstrækkeligt anvendt i praksis. Således er der også i 3. udmøntningsprojekterne tale om en "train and hope"-strategi.

2.1.5 Rekruttering, fastholdelse og opfølgning

Den tværgående analyse peger på en række opmærksomhedspunkter i forhold til de praksisser, som projekterne har anvendt i rekruttering, fastholdelse og opfølgning. Henvisning og visitation fulgte ofte mere eller mindre specificerede kriterier – det

varierer dog på tværs, hvor stringent projekterne har fulgt disse i praksis. Det er Rambølls vurdering, at det generelt er problematisk, at projekterne i praksis bliver for inkonsistente i deres inklusion af deltagere.

I rekrutteringen fremstår sundhedsplejen som en succesfuld rekrutteringsmodel og den primære at få engageret i indsætter målrettet overvægtige børn og unge. Derudover er der også god erfaring med at supplere med andre komponenter såsom bredere annoncering og markedsføring samt involvering af andre aktører.

Rekruttering er dog generelt et ressourcekrævende arbejde, og nogle kommuner oplever vanskeligheder i form af at tiltrække nok deltagere. Det er Rambølls vurdering, at kommuner – samtidig med at fastholde sundhedsplejen som en primær aktør i rekrutteringen – fremadrettet bør søge at anvende mere differentierede strategier i forhold til rekruttering af målgruppen. Der kan være subgrupper, som er vanskeligere at rekruttere end andre, hvor ekstra tiltag er nødvendige i rekrutteringen.

Hvad angår fastholdelse og opfølgning, peger den tværgående analyse også i 3. udmøntning (lig de tidligere udmøntninger) på, at der er størst fokus på målgruppen ved indgangen til projektet. Frafald i indsætterne har været stærkt varierende (0 – 83 %), og kun få kommuner sætter kritisk fokus på årsagerne hertil. Fastholdelse og opfølgning under og efter indsatsen har ligeledes varieret markant på tværs af kommunale projekter. Således mangler der formelle fastholdelses- og opfølgningsaktiviteter i projekterne.

2.1.6 Målsætninger og resultater

Den tværgående evaluering finder, at de kommunale projekters målsætninger generelt ikke har været præcise nok i forhold til de ønskede effekter af projekterne. Dette til trods for at størstedelen af projekterne i 3. udmøntning både opstiller proces- og effektmålsætninger. Det er Rambølls vurdering, at projekternes fokus kunne være styrket yderligere, såfremt der havde været opstillet klare målsætninger for især projekternes effekt.

Den tværgående analyse viser endvidere, at der i størstedelen af projekterne har været fokus på at kvantificere resultaterne – særligt i forhold til mellemliggende og langsigtede virkninger. Flere projekter dokumenterer endvidere en positiv udvikling i deltagernes sundhed (BMI, taljemål eller fedtprocent) vha. før- og eftermålinger. Den interne validitet af projekterne (potentielle selektionsbias i målingerne mv.) fremstår dog meget svingende, hvilket begrænser muligheden for at konkludere på disse fund og ikke mindst sammenligne på tværs. Derudover gør indsætternes forskellighed i både design og målgruppe, at der er begrænset mulighed for at vurdere en egentlig effekt. Endvidere vanskeliggør dette egentlige sammenligninger af resultater på tværs af kommuner.

2.2 anbefalinger

Tabellen nedenfor opsummerer den tværgående evalueringens fund og relationen til Rambølls anbefalinger. Evalueringens målgruppe er kommunerne, hvorfor der udelukkende er udformet anbefalinger til kommunerne her. De steder, hvor fundene ikke er markant forskellige fra de tidligere udmøntningsrunder, er det samme anbefalinger som i 2. udmøntnings tværgående evalueringsrapport.

Tabel 2.2: Oversigt over fund og anbefalinger

Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
Fund	Projektorganisationen er placeret det rette sted rent basisorganisatorisk. Forankringstiltag af varierende art. Projekternes indsatser er i nogen grad overgået til drift. Udpræget brug af fastansat projektledelse og personale.	Indsatser hviler på solidt grundlag, men mangler præcisering i forhold til, hvilke standarder metoderne skal implementeres efter.	Overordnet bred involvering af aktører. Manglende involvering af almen praksis trods ønske fra projekter. Potentialer på sigt i kommunale fritidsvejledere ift. at skabe bindeled til foreningslivet.	Udbredt brug af kompetenceudvikling med fokus på både faglige og processuelle kompetencer. Manglende fokus på erhvervede kompetencer.	I høj grad fokus på visitation fra start – men varierende efterlevelse i praksis. Vellykket rekruttering via sundhedsplejersker (som primær) og gerne fra andre aktører som supplement. Dog fortsat en ressourcekrævende aktivitet at sikre nok rekrutterede. Mangelfuld fokus på fastholdelse og opfølgning.	Varierende præcision i målsætninger. Manglende sammenlignelighed.
Anbefaling til kommunerne	<i>Anbefaling 1</i> Væsentligt at sikre ejerskab til projektet fra planlægningsøjeblikket ved involvering af relevante aktører. <i>Anbefaling 2</i> Væsentligt med fokus på driftsikre indsatser for at kunne sikre videreførelse af succesfulde indsatser i drift i økonomisk pressede tider.	<i>Anbefaling 3</i> Kommunerne skal arbejde systematisk med at beskrive indsatsens forskellige elementer og anvende dette til løbende at sikre, at indsatsen implementeres efter hensigten (kodificering).	<i>Anbefaling 4</i> Sæt øget fokus på at sikre mere formaliseret samarbejde med almen praksis inden for overvægtsproblematikker blandt børn og unge. <i>Anbefaling 5</i> Afsøg muligheden i kommunen for at sikre et bindeled til foreningslivet.	<i>Anbefaling 6</i> Afsæt ressourcer til at evaluere udbyttet af kompetenceudvikling for at sikre dets videre anvendelse i praksis. <i>Anbefaling 7</i> Træning/uddannelse skal følges op af supervision, coaching el.lign.	<i>Anbefaling 8</i> Vigtigt med præcision af målgruppen. Der skal udarbejdes klare visitationskriterier, og der skal være vedholdende fokus på disse for at sikre, at de rigtige får en indsats. Vigtigt at undgå at "først til mølle"-rekruttering. Mere struktur og fokus på fastholdelse og opfølgning. <i>Anbefaling 9</i> Der bør udarbejdes en eksplicit plan for fastholdelse for at reducere frafald. <i>Anbefaling 10</i> Der bør udarbejdes en eksplicit plan for opfølgning for at fastholde effekter.	<i>Anbefaling 11</i> Kommuner bør i højere grad sikre, at design og målsætninger er tilstrækkeligt klare til, at alle involverede aktører kender succeskriterierne og målsætningerne.

Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
Operational handling	<i>Anbefaling 1</i> Når beslutning om ansøgning træffes, skal denne godkendes af alle implicerede (forvaltnings) direktører. Ansøgning og evt. bilag, der beskriver roller og ansvar samt ressourceforbrug, skal godkendes af alle direktører. <i>Anbefaling 2</i> Der skal formuleres detaljeret plan for forankring og implementering. Driftsansvarlig leder skal udpeges og delegeres ansvar for iværksættelse sker.	<i>Anbefaling 3</i> Der skal udarbejdes en detaljeret implementeringsmodel, der præciserer målgruppe, formål, effekter, succeskriterier, faser, ressourcer, metoder, minimumskrav til overholdelse mv. – Dette opsummeres i en manual/protokol, der beskriver metoden. Dokumentet skal anvendes som referencedokument for alle involverede parter.	<i>Anbefaling 4</i> Der skal udarbejdes RA-CI-matrice for projektet, så roller, opgaver og ansvar er tydeligt fordelt. <i>Anbefaling 5</i> Kommunen skal gennemføre en intern vurdering af, hvori kommunen der er relevante bindeled til andre eksterne aktører og engagere disse.	<i>Anbefaling 6</i> Det skal planlægges, hvordan implementeringen af metoden i praksis foregår. Dette skal gøres med afsæt i manual (se anbefaling 3). Kan gøres ved fx udarbejdelse af tjeklister eller logbøger og observation af praksis. <i>Anbefaling 7</i> Det skal planlægges, at et udvalgt antal interventioner observeres og feedback gives for at sikre, at metodiske forskrifter overholdes.	<i>Anbefaling 8</i> Der skal udarbejdes klare visitationskriterier for, hvem der indgår i målgruppen, og hvem der ikke gør. Kriterierne vil typisk hænge tæt sammen med formål (se anbefaling 3). <i>Anbefaling 9</i> Hvis relevant skal sundhedsplejersker orienteres om indsats og målgruppe. Opgaver og rolle skal være klart defineret, jf. anbefaling 4. <i>Anbefaling 10</i> Der skal udarbejdes en plan for fastholdelse. Evt. anvende risikobaseret indsats ift. at forebygge frafald.	<i>Anbefaling 11</i> Der skal udarbejdes SMART-målsætninger. De skal godkendes af styregruppen. Projektdokumenter skal referere til disse.
Aktører involveret	<i>Anbefaling 1</i> Projektleder på ansøgning, direktører i relevante organisationer og forvaltninger. <i>Anbefaling 2</i> Projektleder, styregruppe, direktører samt medlemmer(e) for relevante driftsenheder.	<i>Anbefaling 3</i> Projektleder, relevante faggrupper, evaluator.	<i>Anbefaling 4</i> Projektleder, styregruppe. <i>Anbefaling 5</i> Projektleder, styregruppe.	<i>Anbefaling 6</i> Projektleder, involverede professionelle, evt. ekspert i metoden. <i>Anbefaling 7</i> Ditto	<i>Anbefaling 8</i> Projektleder, styregrupper, involverede faggrupper. <i>Anbefaling 9</i> Projektleder, sundhedspleje. <i>Anbefaling 10</i> Faggrupper, projektleder.	<i>Anbefaling 11</i> Projektleder, styregruppe, projektdeltagere

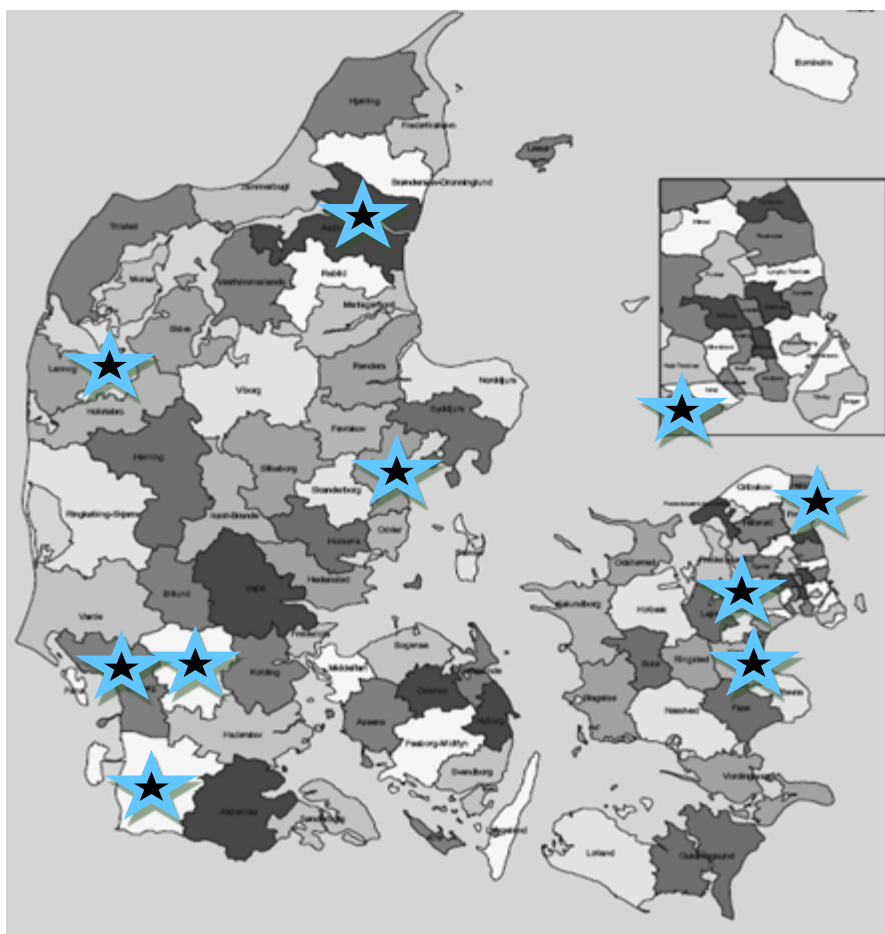
Tema	Forankring og organisering	Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse	Aktører og opgaver	Kompetenceudvikling	Rekruttering, fastholdelse og opfølgning	Mål og resultater
Gennemførelighed	<i>Anbefaling 1</i> Høj, lav risiko <i>Anbefaling 2</i> Høj, men høj risiko	<i>Anbefaling 3</i> Høj, lav risiko	<i>Anbefaling 4</i> Høj, lav risiko <i>Anbefaling 5</i> Høj, lav risiko	<i>Anbefaling 6</i> Høj, lav risiko <i>Anbefaling 7</i> Høj, lav risiko	<i>Anbefaling 8</i> Høj, lav risiko <i>Anbefaling 9</i> Høj, lav risiko <i>Anbefaling 10</i> Høj, høj risiko	<i>Anbefaling 11</i> Høj, lav risiko
Timing	<i>Anbefaling 1</i> I ansøgningsfasen <i>Anbefaling 2</i> I afsluttende fase	<i>Anbefaling 3</i> I opstartsfasen. Kan korrigeres undervejs	<i>Anbefaling 4</i> I opstartsfasen <i>Anbefaling 5</i> I ansøgningsfasen	<i>Anbefaling 6</i> I implementeringsfasen <i>Anbefaling 7</i> Ditto	<i>Anbefaling 8</i> Ansøgningsfasen eller senest i opstartsfasen. <i>Anbefaling 9</i> Opstartsfasen <i>Anbefaling 10</i> Opstarts- og implementeringsfasen.	<i>Anbefaling 11</i> I ansøgningsfasen eller senest i opstartsfasen.
Omkostning	<i>Anbefaling 1</i> Lav <i>Anbefaling 2</i> Mellem, qua initialomkostninger ved iværksættelse.	<i>Anbefaling 3</i> Mellem	<i>Anbefaling 4</i> Lav <i>Anbefaling 5</i> Lav	<i>Anbefaling 6</i> Mellem <i>Anbefaling 7</i> Mellem	<i>Anbefaling 8</i> Lav <i>Anbefaling 9</i> Lav <i>Anbefaling 10</i> Mellem/høj	<i>Anbefaling 11</i> Lav

3 De kommunale indsatser

I dette kapitel præsenteres kort de kommunale projekter. På næste side findes en oversigt over de evaluerede projekter. Oversigten indeholder en kort beskrivelse af de deltagende kommuners projekter, herunder deres målgrupper og aktiviteter i de specifikke indsatser samt projekternes centrale samarbejdspartnere.

I figuren nedenfor er en oversigt over de deltagende kommuner.

Figur 3-1: Kommuner der deltog i tredje udmøntning



Tabel 3.1: Oversigt over projekternes indhold

Kommune	Esbjerg	Fredensborg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	ÅAarhus
Projekt-titel	Bevæg dig sund og glad 3. model: "Ha' det godt med dig selv"	Vægt på sjov – Mindre på vægten	MultiMinen – kommunens projekt for overvægtige børn i indskoling	Den kompetente børnefamilie	Sundhed med omtanke – kommunens plan mod overvægt blandt børn mellem 3-10 år	Nye vaner – nye veje	S-faktor, har du det der skal til?	Talent for sundhed	Du bestemmer – vægten indeni	Sunde venner fra barnsben	Balance for livet	"Fedt for fight" – et kommunalt behandlings-tilbud til familier med svært overvægtige børn i indskoling
Målgruppe: Specifik	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.	4.-6. klasser børn som har (eller i risiko) for at udvikle overvægtsproblematik Idræts- og bevægelses-tilbud på skolen efter skoletid: overvægtige, motorisk svage og idrætsusikre børn i 4.-6. kl. Familier til de delta-gende børn i projektet	Overvægtige 0.-3. kl. (>18 BMI) Forældre og søskende til de overvægtige i 0.-3. kl. Sekundær målgruppe: sundhedsplejersker	3½-6-årige børn Børnenes forældre Sundheds-tjenesten	Børn mellem 3-10 år	Familien hos de børn i 3-7-års alderen (endnu ikke fyldt), der har risiko for at udvikle overvægt. (Familier til 3½-års børn) (Praktiserende læger, sundhedsplejersker og Sundhedscentret)	(Socialt udsatte) børn i 5.-10. kl. Forældre og søskende til børnene	Overvægtige unge: 13-18 år (7.-10. kl.) Forældrene til de unge (Lærere i skolerne, herunder AKT-lærere og ungdomsskolen, sundhedsplejersker, PPR samt prakt. læger)	Overvægtige børn i 5./6. – 10. kl. Børnenes forældre	Overvægtige børn i 0-2. kl. Familien til de overvægtige børn i 0.-2. kl.	2-10-årige(udvidet to gange, først fra 2-5årige til 2-6årige og senere til 2-10årige). Børnenes forældre.	0. kl. Familier med svært overvægtige børn i 0. kl. (skole-sundhedsplejersker, Fedt for Fight-sundhedsplejersker, læger, kostvejledere, særlige resourcepersoner i børnenes liv, idrætsinstruktører)
Primære henviser (foruden	Sundhedsplejen (evt. også lærere	Skolesundhedstjenesten	Sundhedsplejen (v. indskoling)	Sundhedsplejen, prakt. læger	Sundhedsplejen (flere andre	Sundhedsplejersker (almen prakt-	Prakt. læger, tandpleje, sundhedsple-	Skolesundhedstjeneste og AKT-	Sundhedsplejersker, praktise-	Sundhedsplejersker og kommu-	Sundhedsplejersker (primær) og	Sundhedsplejersker

Kommune	Esbjerg	Fredensborg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	Århus
projektteam)	og læger)		og almen praksis	(daginstitutioner)	har været forsøgt inddraget)	sis og sundhedscentret)	jersker, AKT-lærere, SSP-lærere samt kommunens skoler	lærere	rende læger, projektkoordinator, lærerne	nallæge (indskol.)	derudover prak. læger (daginstitutioner, børnehavekl./SFO)	
Aktiviteter: Specifik	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	Styrket skolesundheds-tjenesteindsats på to pilotskoler: Funktionsundersøgelser og sundheds-samtaler for alle børn Ekstra screening, sundheds-samtaler og tilbud om familiesamtaler (for børn m. overvægt eller i risiko) Idræts- og bevægelses-tilbud på skolen efter skoletid	Udvikling af samarbejdsmodel mellem almen praksis og sundhedsplejen Udvikling af model for hvordan skoler og SFO kan understøtte deltagelse og fastholdelse af deltagere Udvikling af model for øget kompetenceudvikling Kommunalt tilbud til overvægtige børn (idræts-hold, fler-	Hjemmebesøg for familier med 3½-årige børn Efterfølgende opfølgningstilbud til motive-rede familier: mad og motionsnetværk for familier, Du bestemmer forældreforløb, Marte Meo-tilbud til familier	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	Udvikling af en model til tværsektorielt samarbejde mellem praktiserende læger og sundhedstjenesten Udvikling af dialogværktøj + orienteringssystem Opkvalificering af sundhedspersonale i "Livsstilsknækken" Udvikling af tilbud om opfølgningsforløb for børn mellem 3-6 år, der er overvægtige Udvikling af tilbud til fysiske aktivite-	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. klasse-trin, og 8.-10. Klasse.	To indsatser: Gruppeforløb for unge. Individuelt forløb for unge. Indsats med fokus på undervisning i praktisk madlavning, kostteori, fysisk træning samt personlig udvikling og består endvidere af individuel vejledning og løbende kontakt til forældrene Mulighed for at inddrage specialkonsulenter såsom eksempelvis	Gennemførelse af Du bestemmer-forløb for målgruppen Bevægelsesaktiviteter i gymnastiksal, hal og naturen Madaktiviteter i hjemkundskabslokale	Gennemførelse af motiverende samtaler med forældre og børn med (løbende justering og opfølgning af individuelle handleplaner for familien): Kostvejledning med de enkelte familier Ugentlig idrætsaktivitet Madlavning med familierne 4 gange i løbet af basisåret Temaaftener om kost og andre emner	Etablering af retningslinjer for visitation Etablering af samarbejde med eksterne (henvisningsprocedure) Behandlingstilbud (familierettet): - Individuelle samtaler i familien med koordinator - Individuelle samtaler i familien med diætist - Gruppeundervisning i madlavning - Gruppe-	Opkvalificering af skolesundhedsplejersker Opkvalificering af Fedt for Fightsundhedsplejersker Familiebehandlingstilbud: "Samtaler" – tilbudt som hjemmebesøg med Fedt for Fightsundhedsplejersken er den obligatoriske del af behandlingen. Familien udarbejder i samarbejde med Fedt for Fightsundhedsplejersken en handleplan.

Kommune	Esbjerg	Fredensborg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	Århus
	vægt. Kombination af gruppesamtaler og motions-tilbud		familieforløb og kostvejledning) Ekstra: Taekwondo 2 x ugentligt for børn (for børn med anden etnisk baggrund i lokalområdet)			ter Sundheds-tjek og udvikling af opfølgende tilbud.		psykologer, socialrådgivere m.fl. 2 forskellige forløb i ungdomsskoleregion.			samtaler med koordinator - Fysisk aktivitet for hele familien for de 2-5-årige 1 gang/uge + hver 4. lørdag - Fysisk aktivitet for de 6-årige 1 gang/uge + for hele familien hver 4. lørdag	Tillæg til hjemmebesøgene: deltagelse på "Fedt for Fight"-idrætshold, Forældrene tilbydes deltagelse i forældregrupper, samtidig med at børnene er til idræt.
Varighed	Endelig model: forløb over 3 mdr.	Familiesamtaleforløb: forskellig længde og sammensætning per forløb Idrætstilbud: oprindeligt 2 x ugen, senere 1 x ugen efter skole.	Forældre præsenteres for en hel pakke med delelementer, de skal deltage i, og forløbet strækkes sig over et helt år	?	Familieforløb: 5 -14 mdr., gns.: 9,5 måned	2 livsstils-samtaler for familier (herafter evt. videre forløb i Sundhedscentret)	½-års forløb: fysisk aktivitet: (2 X 1 times træning/uge) gruppemøde (1-1½ time/uge) familiearrangementer (2 timer, 1 gang/mdr.)	Skærbæk: 1 x uge i en uafbrudt periode (inkl. kort pause og 4 opfølgingsdage) Tønder: Opdelt forløb med to moduler og en længere pause (½ år) imellem, samt 2 opfl. Dage	Du bestemmer forløb: Hvert forløb har bestået af tre weekender af 16 timer	1-årigt interventionsforløb med opfølgning efter ½ år.	?	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.
Centrale	Sundheds-	Skolesund-	Sundheds-	Områdele-	Forenings-	Sundheds-	Skolesund-	Ungdoms-	Sundheds-	Pædagoger,	Sundheds-	Interne med-

Kommune	Esbjerg	Fredensborg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	AAarhus
samarbejdspartnere	plejen, Børn og kulturforvaltning, skoler (tovholdere/klasse-lærere), sundheds-coach, Sundhed og Omsorg. Lokale idrætsforeninger	heds-tjenesten, Center for Forebyggelse og Sundhedsfremme	plejen, samarbejde med lokal idrætsforening	dere på daginstitutionsområdet	livet, 4H, andre projekter	plejersker og sundhedscentret (prak. læger, daginstitutionspersonale)	hedsplejerskerne, Børne- & Familiecentret, almen praksis, lærere, tandplejen	skolen	plejersker, skoler ungdomsskolen i implementeringsfasen	sundhedsplejersker, kost- og ernæringskonsulenter	plejen, prak. læger, tandplejen Dagplejen/daginst., lærer/pædag., ergo./fys., tværfagligt team, børnefamiliegruppen, frivillige foreninger	arbejdere i Aarhus Kommune og eksterne samarbejdspartnere, praksisdiætister, Region Midt, praksislæger, idrætsklubben AGF m.fl.

4 Organisering og forankring

4.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi på tværs af projektkommunernes erfaringer med organisering og forankring. Implementeringsforskningen peger på, at forhold vedrørende implementering af en given sundhedsfremmende indsats har stor betydning for indsatsens resultater. Derfor er i denne tværgående evaluering fokus på forskellige forhold herved. Et af de væsentlige forhold er karakteristika ved den implementerende organisation, såsom projektets organisering og forankring, herunder ledelsesopbakning³.

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

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

4.2 Organisering

Som det også er tilfældet i de to tidligere udmøntningsrunder, kan kommunernes projektorganisering opdeles mellem de projekter, der primært var forankret inden for sundhedsområdet⁴ og de projekter, der var forankret inden for børn- og ungeområdet i kommunen (se figur 4.1). Der er en mere ligelig fordeling af kommunernes projekter mellem hhv. sundhedsområdet og børn- og ungeområdet, end det gjorde sig gældende i de to forudgående udmøntninger. Dette har givetvis noget at gøre med, at der i puljen har været fokus på at undersøge mulighederne for indsatser i den kommunale børnesundhedstjeneste, som kan være organiseret meget forskelligt⁵ på tværs af kommuner. Flere kommuner har en dobbeltforankring og placerer sig således inden for begge områder i figuren.

Størstedelen af projekterne har etableret en styregruppe med repræsentanter for flere områder.

³ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Sundhedsstyrelsen, København. Se side 44 og 72.

⁴ Vi taler om forankring på sundhedsområdet som et bredere begreb, der dog samtidig dækker over en organisatorisk enhed, frem for forankring i sundhedsforvaltningen pga. kommunernes forskelligartede organisatoriske struktur, og fordi der ikke for alle kommuner er tale om forvaltninger.

⁵ Sundhedstjenesten og sundhedsplejen er ikke nødvendigvis placeret inden for samme område på tværs af kommuner.

Figur 4-1 Organisering af projekterne i forvaltninger



* Flere projekter har en tværgående organisering på begge områder; projektet kører med projektkoordinator et sted (fx i sundhedstjenesten i børne-unge regi) men styres af projektleder på et andet område (fx en sundhedsafdeling).

Fælles projektorganisering. På tværs af kommunerne ses flere ligheder i projektorganiseringen. Som i de tidligere udmøntninger er der en overordnet model for projektorganiseringen, som størstedelen af projekterne benyttede sig af, hvor den overordnede styring af projektet foregår ved forankring af projektet hos en ansvarlig projektejer samt en styregruppe. Herudover ledes projektet af en projektleder. Der er typisk kun én projektgruppe i projekterne. Til gengæld er der i flere tilfælde et mellemliggende led mellem projektgruppe og projektleder i form af en projektkoordinator.

Enkelte driver projektet i en mindre organisering bestående kun af projektleder og projektgruppe (uden styregruppe) (Struer, Vejen).

Tabel 4-1 Kommunal organisering

Kommune	Projektejer (hvem)	Styregruppe (ja / nej)	Projektleder / -koordinator (titel)	Projektgruppe (en primær eller flere)
Esbjerg	Direktør for Sundhed og Omsorg	Ja	Cand.scient.anth.	En projektgruppe (samt arbejdsgrupper)
Fredensborg	Sundhedscenterleder	Ja	Sundhedskoordinator	En projektgruppe
Greve	Centerchef (Center for Sundhed)	Ja	Cand.scient.san., HD i projektledelse <i>Både projektleder og -koordinator i projektet</i>	En projektgruppe
Køge	Direktør for Børne- og Ungeforvaltningen	Ja	Sundhedsplejerske <i>Både projektleder og -koordinator i projektet</i>	En projektgruppe (tovholdergruppe)
Middelfart	Børne/Unge/fritidsforvaltningen	Ja	Sundhedsplejerske	En projektgruppe
Roskilde	Ledende sundhedsplejerske	Ja	Ergoterapeut	En projektgruppe
Struer	Sundhedschef	Nej	Projektleder; funktionsleder (cand.scient.san.publ.)	En projektgruppe

Kommune	Projektejer (hvem)	Styregruppe (ja/nej)	Projektleder / -koordinator (titel)	Projektgruppe (en primær eller flere)
			<i>Både projektleder og -koordinator i projektet</i>	
Tønder	Sundhedschef	Ja	Professionsbachelor i Ernæring og Sundhed	En projektgruppe
Vejen	Sundhedschef	Nej (nedsat undervejs)	Skolelærer, Master i Idræt og Velfærd	En projektgruppe
Vejle	Sundhedsafdelingen	Ja	Lærer, konsulentuddannelse	To projektgrupper (for hhv. specifik og generel indsats)
Aalborg	Leder af Familiecenter	Ja	Sundhedsplejerske	En projektgruppe
AAarhus	Chef for Pædagogisk center for Sundhed og Trivsel	Ja	Tandlæge, MPH <i>Både en projektleder og en projektkoordinator i projektet</i>	En projektgruppe

Projektejerskabet var for de fleste projekter på afdelingschefniveau. Der var desuden nogle projekter, hvor ejerskabet var på forvaltningsdirektørniveau.

Styregruppen i projekterne var ofte sammensat på tværs af forvaltninger og bestod typisk af repræsentanter for de primære samarbejdspartnere i projektet. Det var oftere repræsentanter for forskellige afdelingsniveauer i kommunen og kun i nogen grad direktørrepræsentation. Kun et projekt havde politisk repræsentation i styregruppen (se bilag 1 for yderligere beskrivelse af sammensætning). Størstedelen af projekterne svarer i evalueringsskemaet, at de var tilfredse med styregruppens funktion i projektet. En erfaring på tværs af projekterne er endvidere, at det er vigtigt at have en bredt sammensat styregruppe med repræsentanter for flere forvaltninger

Eksempler på roller for styregruppen

- Medvirke til at etablere frugtbare samarbejdsrelationer på tværs af kommunen
- Udbrede kendskabet til projektet
- Beslutningskompetencer inden for driftsbudgetter
- Faglig sparring
- Aktiv involvering af interessenter

Det er symptomatisk for flere af projekterne, at styregruppen har været aktiv i opstartsperioden og er blevet mere ekstensivt anvendt i slutningen af projektperioden.

Flere af projekterne har ikke haft styregruppemedlemmer fra højeste ledelsesniveau. Inddragelse af den øverste administrative ledelse fremhæves imidlertid af få projekter, som netop har haft deltagelse af direktører fra flere forvaltninger, som at være en særlig styrke ved deres organisering, idet det har sikret høj grad af beslutningskompetence i projektet (Køge, Middelfart, Esbjerg). Det fremstår således på baggrund af data fra projekterne væsentligt, at styregruppen som minimum indeholder de nødvendige beslutningskompetencer, der sikrer fremdrift og evt. forankring. Data viser dog samtidig, at der opstår en logistisk udfordring ved at have flere deltagere fra de højere ledelsesniveauer, da det kan være svært at samle alle (Middelfart, Roskilde).

Enkelte projekter rapporterer at have haft dårligt fungerende styregruppe (Esbjerg og Greve) grundet lederskift og omorganisering i dele af forvaltningen, hvilket har influeret mindre godt på styregruppen, som har lidt under manglende kontinuitet og manglende deltagelse i projektmøder (manglende ejerskab).

De steder styregruppen har fungeret (hvilket er hos størstedelen af projekterne), har det været med til at sikre ledelsesopbakning til projektets aktiviteter.

Projektlederen var deltidsansat i projektet (i 10 ud af 12 kommuner) og fastansat i kommunen (10 ud af 12 kommuner). Projektlederen var den gennemgående figur i projektet – dog i flere tilfælde i samarbejde med en koordinator.

Projektgruppe(r). Typisk indeholdt organiseringen én projektgruppe (i 10 ud af 12 kommuner), hvor projektleder eller koordinator var den primære tovholder. I flere projekter var det projektkoordinatoren, som stod for den praktiske gennemførelse af projektets aktiviteter (i 4 ud af 12 kommuner). Projektlederen havde i disse tilfælde i højere grad en ledelsesmæssig og strukturerende funktion i forhold til projektgruppen. I kapitel 6 uddybes yderligere de forskellige funktioner, aktører i basisorganisationen har haft.

Det er et interessant fund i projekterne for 3. udmøntning, at projektlederen ofte ikke har en fuldtidsstilling på projektet. Til gengæld er denne typisk fastansat i kommunen i overensstemmelse med SST's krav til 3. udmøntning. Således har der i mange af projekterne været fokus på, at projektleder både har skullet lede projektet, men samtidig også varetage sine øvrige opgaver i sin afdeling. Erfaringen er, at flere projektledere til tider har oplevet, at det at skulle dele sin opmærksomhed har været udfordrende. De adspurgte projektledere understreger dog, at den faste tilknytning til kommunen samtidig har stor betydning for projektet. I nedenstående figur opsummeres projektledernes oplevelse af betydningen af fastansættelse (både fordele og eventuelle ulemper fremhæves).

Tabel 4-2 Betydningen af fastansatte medarbejdere i projektet

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

Til trods for at flere projekter undervejs har undergået omorganiseringer i projektkommunens organisering i øvrigt, oplever størstedelen af projekterne, at projektets organisering har været velfungerende (10 ud af 12 kommuner). De få projekter,

hvor der ikke har været en tilfredsstillende organisering, angiver, at dette skyldes netop problemer i forhold til omorganisering i den kommunale afdelingsstruktur. Et andet projekt oplever, at projektet har været spredt for meget ud i organisationen i forhold til at kunne sikre sammenhæng og forankring (Fredensborg).

4.3 Forankring

4.3.1 Tværorganisatorisk forankring

Koordinering mellem forskellige forvaltningsgrene nævnes flere steder i implementeringslitteraturen som en udfordring⁶. Ikke desto mindre er det ofte ambitionen i sundhedsprojekter målrettet børn og unge, at der ønskes etableret samarbejde med børne- og ungeforvaltninger, skoleforvaltninger mv. for at sikre, at projekter forankres de rette steder i forhold til at nå målgruppen i deres dagligdag. Dette gør sig også gældende for nærværende puljeprojekter. Disse projekter har på forskellig vis i deres projektorganisation søgt at sikre tværorganisatorisk forankring.

Der er tale om to primære modeller, som projekterne benyttede⁷:

- Styregrupperepræsentation (forekom i størstedelen af projekter).
- Delt tværorganisatorisk ansvar for projektet (projektleder har siddet i én afdeling og projektkoordinator i en anden) (forekom i fire kommuner).

Data fra projekterne viser, at forankring på det organisatoriske plan i flere tilfælde udfordres, hvis der allerede er udfordringer med det tværorganisatoriske samarbejde i kommunen i øvrigt. Eksempelvis var skolerne i et projekt ikke blev inddraget tilstrækkeligt, hvilket udfordrede den tværorganisatoriske forankring (Fredensborg). Omvendt er forudsætningerne for tværorganisatorisk forankring gode, hvis der allerede er velfungerende samarbejdsstrukturer til stede.

Delt tværorganisatorisk ansvar for projektet fremstår også til tider udfordrende. To af de fem projekter med tværorganisatorisk projektförankring fremhæver problematikker med denne struktur (Aalborg, Vejle). Her er erfaringen, at det kan være en udfordring med delt ansvar mellem sundhedsplejen og sundhedsafdelingen, fordi de er placeret under hver sin forvaltning.

4.3.2 Opbakning

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

⁶ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Side: 73

⁷ Som ikke er gensidigt udelukkende.

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

Der har i 3. udmøntningsprojekterne generelt været god ledelsesmæssige opbakning til projekterne. Dette særligt, når det gælder projektets eget ledelsesområde. Andre involverede ledelser (fra andre områder af forvaltningen) har også i flere tilfælde været positive over for et givent projekt, men der er i højere grad varierende oplevelser af opbakningen. Fem (Tønder, Esbjerg, Struer, Roskilde, Aalborg) projektledere fortæller, at der har været manglende engagement fra andre involverede ledelser i projektet. Det er et fund på tværs af kommuner, at enkeltpersoners modstand på ledelsesniveau kan påvirke hele samarbejdet med givne afdelinger/samarbejdspartnere og således have negativ betydning for projektets fremdrift.

"Organisatorisk har det været en succes, at der har været stor ledelsesmæssig opbakning til projektet, således at medarbejderne har kunnet prioritere det i deres daglige arbejde." (Fredensborg)

Hvad angår politisk opbakning viser data, at der generelt er mindre oplevet politisk opbakning til projekterne end administrativ ledelsesmæssig opbakning. I gennemsnit scorer den ledelsesmæssige opbakning til projektet (slutvurderinger for etablering, implementering og drift sammenlagt) 8,3 (på en skala fra 1–10) sammenholdt med 7,6⁹ for den politiske opbakning. Dette hænger givetvis også sammen med, at projekterne i deres basisorganisation sjældent har politikere direkte involveret. Den politiske opbakning til projektet går således gennem andre kanaler og kan både være af indirekte eller direkte karakter.

Indirekte politisk opbakning til projektet finder flere projekter på det strukturelle plan gennem de kommunale sundhedspolitikker, hvor børn og unge i flere tilfælde er et selvstændigt opmærksomhedspunkt (Fredensborg, Køge, Roskilde). En enkelt kommune oplever modsat mange andre, at sundhedsplejeområdet ikke blev underlagt besparelser netop som følge af det store politiske fokus.

Mere direkte opbakning ses for de projekter, hvor politikerne har vist interesse og ønsket løbende information om projektet ved fx udvalgsmøder (Tønder, Middelfart m.fl.). Der er dog forskel på tværs af projekter på, hvor vidt der er tale om politisk bevågenhed på et mere detaljeret niveau (Tønder, Middelfart, Fredensborg, Roskilde) eller mere overordnet accept af og opbakning til projektet uden videre engagement (Esbjerg, Køge). Enkelte projekter har oplevet modvilje fra det politiske niveau. Den politiske modstand kommer i disse tilfælde primært til udtryk i forhold til økonomiske prioriteringer.

Flere projekter oplever, at der er hård prioritering i kommunerne, og således er der for flere ikke blot tale om at vælge projektet til, men derimod gøre det på bekostning af andre eksisterende indsatser i driften, hvis det skal videreføres. Flere kommuner har været pålagt besparelser i driften, som har haft betydning for muligheden for videreførelsen af projektet. Endvidere har nogle projekter oplevet, at der allerede fra de ledelsesmæssige og administrative dele af kommunen er blevet sagt fra overfor den videre implementering, hvorfor det ikke har været taget op på politisk niveau.

⁹ Kun 8 projekter har besvaret dette mod 11 ud af 12 for den ledelsesmæssige opbakning til projektets videre drift.

4.3.3 Forankringstiltag

I 3. udmøntningsprojekterne kan der på tværs af kommunerne skelnes mellem to overordnede typer af forankringstiltag, strukturelle og processuelle, som projekterne benyttede sig af. Ofte i kombination.

De strukturelle forankringstiltag skal forstås som (formaliserede) forhold, der indlejres i projektets struktur og organisation, som virker fremmende for forankringen af projektet. Disse typer centrerede sig i 3. udmøntningsprojekterne om forskellige forankringsovervejelser gjort allerede ved projektansøgnings- og opstartsfasen. Flere projekter har haft fokus på at sikre, at indsatserne blev startet op og implementeret i den del af den kommunale struktur, hvor de også forventedes at blive forankret efterfølgende (Roskilde, AAarhus). Dermed havde indsatserne større chance for at blive videreført. Endvidere har flere projekter haft fokus på at udvikle omkostningsreducerede indsatser fra start med større mulighed for forankring (Struer, Esbjerg m.fl.). Dermed har disse projekter fokuseret på forankring fra start ved at begrænse vilkår og rammer for indsatsen, også i forhold til personalemæssige ressourcer og faglige kompetencer.

Endvidere prioriteredes der i høj grad at bruge fastansatte/interne medarbejdere i kommunen i projektgennemførelsen. Fastansatte projektmedarbejdere forekom i 10 ud af 12 kommuner og vurderes på tværs af interviewene at have afgørende betydning for forankringen.

Nedsættelse af en styregruppe og en strategisk sammensætning af denne med fokus på forankring kan også betragtes som et strukturelt forankringstiltag, som størstedelen af projekterne benyttede sig af (10 ud af 12).

Også kompetenceudvikling har været i fokus som et strukturelt forankringstiltag. Flere projekter (fire ud af 12) fremhæver opkvalificering af medarbejdere i organisationen eller eksterne samarbejdspartner (fx juniorinstruktører fra lokale idrætsforeninger til at fortsætte en skolesportsindsats) som en måde at sikre, at nye tilgange og rutiner videreføres efter projektperioden.

Processuelle forankringstiltag – forstået som forhold der sikrer processen omkring projektet og dermed projektets løbende fremdrift¹⁰ – og på tværs af kommunerne et omdrejningspunkt i forholdene om at sikre ejerskab til projektet blandt involverede faggrupper. Ikke alle projekter er lykkedes lige godt med at sikre dette.

Data viser, at flere projekter har haft problemer med at sikre ejerskab til projektet. Dette beskrives af disse projekter som en svær og tidskrævende proces (Roskilde, Køge). Data fra både egen-evalueringer og projektlederinterviews viser, at flere kommuner erkender et manglende fokus på processuelle forankringstiltag fra start. Nogle fremhæver, at der i den indledende fase manglede fokus på formidling og dialog med de involverede personalegrupper i projektet vedr. deres ideer, ønsker og behov – netop for at skabe ejerskab (Roskilde, Køge, Fredensborg, Esbjerg).

Data viser endvidere, at aktiviteter, som at sikre at projektgruppen løbende holder møder, og at der gives information til involverede både internt og eksternt i projekt,

¹⁰ Processuelle forankringstiltag handler således (som navnet også antyder) ikke primært om den endelige forankring, men havde derimod fokus på at sikre den løbende forankring: At processen omkring projektet gled smidigt, og at der var gode samarbejder med og kendskabet til projektet hos relevante interessenter.

er foregået i samtlige projekter. Det er samtidig et tværgående fund, at det er en fordel for projektets fremdrift, at de involverede i projektet (og projektgruppen) er fysisk placeret tæt på hinanden. Dette muliggør mere uformelle processuelle forankringstiltag såsom løbende sparring og mundtlige information om projektet frem for information af mere formel karakter (skriftlig information, telefonkontakt mv.). Geografiske afstande mellem involverede afdelinger i projektet fremhæves således som en udfordring af nogle projekter (Vejle, Fredensborg m.fl.).

Fremdriften udfordres, i de tilfælde projekter er nødt til at ændre indsatsdesign (fx Esbjerg), eller i de tilfælde der er udskiftning af medarbejdere i projektperioden. Der har været udskiftning af projektleder eller projektkoordinator i 6 ud af de 12 projekter.

4.3.4 Videreførelse efter projektperiodens ophør.

Det gælder på tværs af projekterne i nærværende pulje, at der har været tale om udviklingsprojekter. Derfor er komplet forankring og videreførelse efter projektperioden ikke nødvendigvis et mål. I et tilfælde er der tale om, at den gennemførte indsats forankres fuldt ud (AAarhus). Derudover er der primært tale om delvis forankring i størstedelen af projekterne (Esbjerg, Fredensborg, Tønder, Roskilde, Vejen, Aalborg, Struer, Vejle, Vejle). Enkelte kommuner viderefører ikke den afprøvede indsats eller dele af den (Fredensborg (Greve er endnu uafklaret)). De indsatser, der ikke forankres, skyldes ikke udelukkende økonomiske udfordringer. Der findes også flere projektindsatser, som i perioden viste sig ikke at være hensigtsmæssigt designet. Dette understreger netop, at der er tale om udviklingsprojekter, som ikke per definition skal videreføres. Flere ender med at lære meget af det projekt, der har været gennemført, og tager udgangspunkt i læring i forhold til at videreudvikle/videreføre dele af det i nye projekter (Struer, Vejen, Aalborg).

Generelt karakteriserer det projekterne i 3. udmøntning, at de er foregået i en kommunal kontekst, hvor fokus i højere grad er på sikker drift (og eventuelle besparelser) frem for udviklingstiltag (Køge m.fl.). Den kommunale økonomiske situation fremstår således som en barriere for forankring af 3. udmøntningsprojekterne. Det gør samtidig, at der i høj grad er fokus på forankringsdygtige modeller og dermed mindre udgiftstunge modeller. Således er en tendens også i 3. udmøntningsprojekterne, at det særligt var de meget udgiftstunge (personaletunge) indsatser (fx individuelle behandlingssessioner), som var udfordrende i forhold til videreførelse.

4.4 Analyse og vurdering

Analysen af 3. udmøntningsrunde viser, at følgende centrale forhold gør sig gældende i forhold til organiseringen af projekterne.

1. *Fælles basisorganisering.* Det er en ensartet projektorganisering, som anvendes på tværs af kommunerne. Størstedelen af projekterne indeholder lignende organisatoriske grundkomponenter (projektejer, styregruppe, projektleder og projektgruppe). Placeringen er typisk i den del af den kommunale forvaltning, hvor projektets primære virke er. Dermed er det i højere grad i projekternes omfang og kompleksitet end i deres projektorganisering, at kommunerne varierer.

2. *Strategisk sammensætning af styregruppen.* Det at kunne sammensætte en styregruppe med repræsentation af nødvendige ledelseskompetencer fremstår vigtigt for at kunne sikre fremdrift og forankring. Endvidere bør nye projekter være opmærksomme på fra start, at styregruppen meget vel kan blive underlagt udskiftning af medlemmer undervejs, hvilket kan true fremdrift og ejerskab til projektet. Det er relevant på forhånd at gøre sig overvejelser om, hvordan projektet bedst håndterer sådanne hændelser fra start.
3. *Gode erfaringer med fastansatte i projektorganisationen.* Der har som følge af kravet fra SST været omfattende fokus på have fastansatte – både som projektleder og i projektgruppen i øvrigt – i 3. udmøntningsprojekterne. Derved sikres forudgående kendskab til det kommunale system i projektet. Det skaber samtidig gode forudsætninger for tværorganisatorisk forankring og samarbejde, idet fastansatte i højere grad end eksternt inddragede projektansatte har viden om, hvad der foregår andre steder i organisationen og således hurtigere kan gøre brug af denne viden (og eventuelt eksisterende netværk) i forankringen af projektet. Endvidere bibeholdes viden fra projektet i organisationen efter endt projektperiode.

Følgende forhold fremstår som centrale for forankringen af projekter:

Ledelsesmæssig opbakning til projektet fremstår som det primære for at sikre fremdriften i projektperioden, hvorimod *politisk opbakning* i højere grad er afgørende ved eventuel videreførelse af projektet i drift.

1. *Fokus på processuelle forankringstiltag.* Tidlig og løbende inddragelse i projektet fremstår som en oplagt måde at sikre ejerskab til projektet blandt involverede faggrupper. Det er en tidskrævende og udfordrende proces, som så tidligt som muligt skal prioriteres i projektet for bedst muligt at sikre fremdrift i projektet fra start.
2. *Fokus på driftssikre indsatser fra start (strukturelt forankringstiltag).* Det er et fund på tværs af 3. udmøntningsprojekterne, at der typisk er sket omfattende, forudgående planlægning af, hvordan givne indsatser bedst placeres i den kommunale afdelingsstruktur. Dette samtidig med, at der tages højde for resourcebehov i forhold til de øvrige driftsopgaver.
3. Det er Rambølls vurdering, at størstedelen af projekterne har været hensigtsmæssigt organiseret og placeret i de kommunale forvaltninger. Kun enkelte kommuner synes at være udfordret på det organisatoriske plan. I disse tilfælde er det særligt ejerskab og forankring af projekterne, som udfordres af en mere løs organisatorisk forankring (Vejen, Aalborg).

Projekterne i 3. udmøntning har været gennemført i en periode med hård prioritering i kommunerne, hvilket udfordrer mulighederne for videreførelse af komplette indsatser efter projektperioden. Kommunerne har imødekommet dette vilkår ved så vidt muligt at afveje ressourcebehov i planlægningsfasen og afprøve driftssikre indsatser.

Det er endvidere Rambølls vurdering, at organisatoriske og ledelsesmæssige forhold i nogle tilfælde har påvirket projekternes implementering og fremdrift. Det synes dog ikke at være sket i en grad, som i sidste ende har påvirket projekternes resultater væsentligt.

5 Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse

5.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi nærmere på de metoder og mekanismer, som projekterne i 3. udmøntning benyttede sig af i tilrettelæggelsen af deres indsatser.

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

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

Med *mekanismer* rykkes der et skridt nærmere de konkrete måder, hvorpå de kommunale projekter søgte at påvirke 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 to typer af anvendte mekanismer i 3. udmøntningsprojekterne: (i) kognitivt intervenserende og (ii) fysisk intervenserende.

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

I de følgende afsnit beskrives dels Rambølls baggrund for at kategorisere projekterne inden for overordnede indsatskategorier, dels beskrives fund og tendenser inden for disse kategorier på tværs af kommuner inden for deres specifikke indsatser¹¹. Sluttelig beskrives kommunernes teoretiske grundlag og udfordringer herved diskuteres.

5.2 Metoder og mekanismer

Forebyggelses- og behandlingsindsatser har en større sandsynlighed for at lykkes, hvis de er baseret på solid evidens og i øvrigt er implementeret korrekt. Rambøll har som bagvedliggende analyse for projekterne i de forskellige udmøntninger i

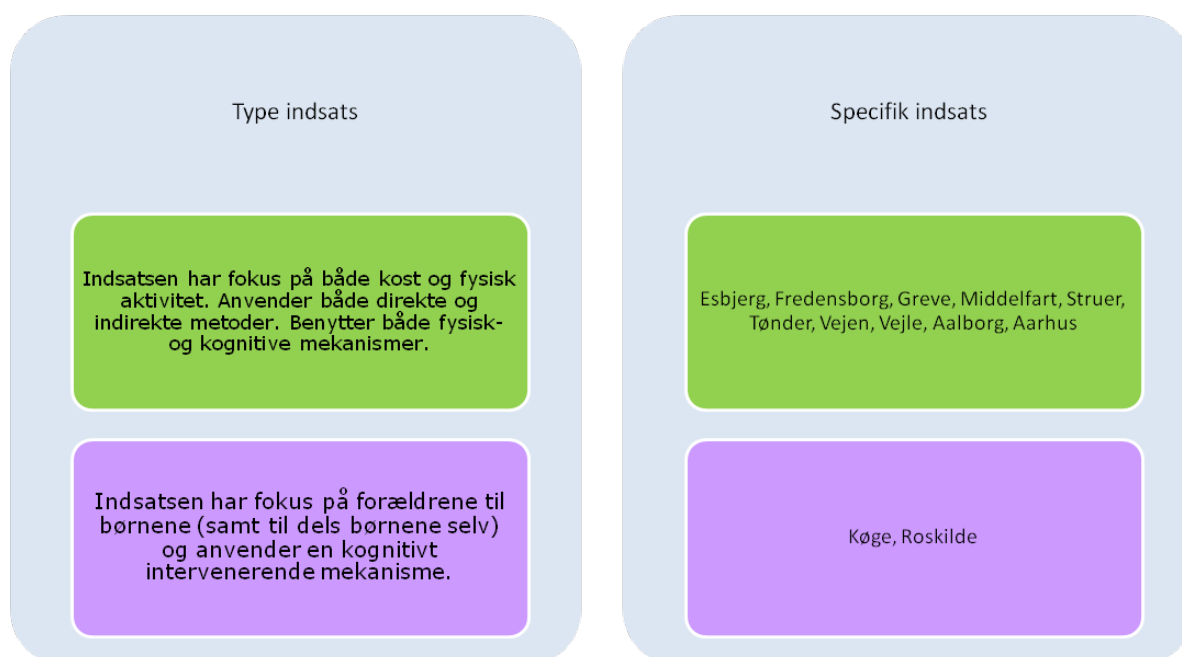
¹¹ For en kursorisk beskrivelse af alle konkrete indsatser i de forskellige projekter henvises til tabel 3-1.

”Kommunens plan mod overvægt” undersøgt, hvilke indsatser der forskningsmæssigt er belæg for er effektive. Denne gennemgang af forskningen viser, at der er relativt få indsatser, der har vist sig at være effektive.

Med udgangspunkt i de indsatser, som effektevaluering med eksperimentelt design har vist, er effektiv eller signifikant effektiv¹², har det været muligt at identificere tre overordnede modeller. Kombinationen af metoder og mekanismer i disse modeller ligger til grund for den kategorisering, som er præsenteret nedenfor i figur 5.1.

Med udgangspunkt i definitionerne af metoder og mekanismer kan 3. udmøntningsprojekterne (samt Middelfarts og Vejles specifikke indsatser) inddeles i følgende to kategorier i forhold til deres specifikke indsatser.

Figur 5-1: Oversigt over kategorier for brug af metoder og mekanismer



5.2.1 Specifikke indsatser

Det gælder særligt for kommunerne i 3. udmøntningsrunde, at der udelukkende er givet puljemidler til gennemførelse af specifikke indsatser i kommunerne. Dermed adskiller afrapporteringen sig fra de øvrige delrapporter (vedr. 1. og 2. udmøntning) ved ikke at beskrive generelle indsatser. Vejles og Middelfarts generelle indsatser beskrives i bilag 5.

Overordnet set er der to grupperinger af projekterne i forhold til deres måde at tilrettelægge indsatsen på. En lille gruppe projekter placerer sig i én kategori (lilla ka-

¹² 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.

tegori i figur 5-1), hvor der udelukkende er anvendt indirekte metoder og primært kognitivt intervenserende mekanismer (i form af forældresamtaler/uddannelse) til at sætte ind over for børnenes overvægt. Derudover består den anden gruppe (grøn kategori i figur 5-1) af de øvrige projekter, som alle benytter sig af både indirekte og direkte metoder i indsatsen. Disse gennemfører således både aktiviteter, som direkte involverer børnene og aktiviteter, som er målrettet børnenes forældre. Denne gruppe af projekter gør samtidig brug af både fysisk og kognitivt intervenserende mekanismer¹³.

Størstedelen af kommunerne placerer sig således inden for samme overordnede model (grøn kategori i figur 5-1), men der er samtidig variation på tværs af kommuner i forhold til, hvilke konkrete aktiviteter der strukturerede anvendelsen af metoder og mekanismer.

De indirekte metoder i de specifikke indsatser er primært målrettet forældrene¹⁴. Samtlige kommuner inddrager forældrene i deres indsats. Dette gøres på forskellig vis i projekterne;

- Forældreaftener (temaaftræner) (fire ud af 12 projekter)
- Gruppeforløb for familier (fem ud af 12)
- Individuelle forløb med familiesamtaler/hjemmebesøg (fem ud af 12).

Det var et krav til 3. udmøntningsprojekterne, at der i indsatserne også var fokus på børnenes familier. Typisk er der gode erfaringer på tværs af kommuner med inddragelse af disse. Flere projekter fremhæver i tråd med litteraturen på området¹⁵, at børnenes familie er en vigtig medspiller at inddrage for at sikre vedvarende livsstilsændringer (Struer, Vejle, Vejle m.fl.).

Hvad angår de direkte metoder, var der oftere fokus på løbende aktiviteter vedr. fysisk aktivitet og kun enkeltvis kostaktiviteter i projekterne på tværs af kommuner. 10 kommuner gennemførte holdaktiviteter omhandlende fysisk aktivitet. Omfang og varighed af disse aktiviteter varierede, men havde oftest karakter af et forløb med ugentlig træning over en vis periode.

"Tilbuddet løber over et år for hver familie og indeholder bl.a. leg og bevægelse to gange ugentligt, hvor barnet prøver forskellige former for motion; madlavningsaftener og spisning fire gange under forløbet for hele familien samt mindst seks eftermiddage/aftener med aktuelle og efterspurgte emner for forældrene.

Hver familie får en fast kontaktperson gennem hele forløbet. Kontaktpersonen er enten pædagog eller sundhedsplejerske. Familien og kontaktpersonen lægger sammen planer for forløbet. Efter endt forløb følges hver familie desuden løbende i ½ år af kontaktpersonen."
(Vejle, egnevaluering)

¹³ Der er dog forskel på tværs i forhold til, hvor omfangsrige de forskellige indirekte metoder har været – forældrenes inddragelse har været mere intensiv i nogle af projekterne og mindre fremtrædende i nogle af de øvrige.

¹⁴ Der foregår dog også aktiviteter målrettet fagfolk. Disse uddybes i kapitlet vedr. kompetenceudvikling (kapitel 7).

¹⁵ 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*, John Wiley & Sons, Ltd.

Kostaktiviteterne havde karakter af:

- Kostvejledning (samtale)
- Temaaftener om kost
- Praktisk madlavning (med fællesindkøb og fællesspisning).

Omfanget af disse havde oftere karakter af enkeltstående episoder frem for omfattende forløb (som det gør sig gældende med aktiviteterne vedr. fysisk aktivitet).

Kognitivt intervenierende mekanismer forekom endvidere i flere kommuner i form af fx undervisningsaktiviteter. Flere kommuner har haft undervisningsaktiviteter (inden for forskellige temaer) for målgruppen (tre ud af 12 kommuner) (Esbjerg, Struer, Tønder). I den forbindelse erfarede nogle af disse, at undervisningsaktiviteter fungerer bedre, hvis de er mindre lig børnenes normale skoleundervisningsaktiviteter (Struer). Endvidere gjorde alle kommuner på forskellig vis brug af samtaleforløb som kognitivt intervenierende mekanisme (11 ud af 12). Heraf kombinerede enkelte kommuner både gruppesamtaler og individuelle samtaler med børnene (som følge af brugen af *Du bestemmer*-metoden¹⁶) (Tønder, Vejle, Middelfart).

Det er endvidere et interessant fund, at nogle projekter efterlyser psykologkompetencer i indsatsen over for overvægtige børn og unge for at imødekomme de mange psykiske problemstillinger i relation til overvægt (Aalborg, Vejle). Dette særligt i forhold til samtaleelementet i indsatsen. Kun tre¹⁷ kommuner har sådanne kompetencer direkte involveret i indsatsen over for målgruppen i projektet. Fire benytter psykologer ifm. opkvalificeringen af medarbejdere (Vejle, Roskilde, Middelfart, Køge).

Projektleder: "Det er familier, som kræver hjælp: Der er desværre mange dysfunktionelle familier [blandt deltagerne]. Skeletterne vælter ud, når man kradser lidt i overfladen, er erfaringerne fra vores projekt."

Alt i alt har der været et omfattende fokus på at gennemføre aktiviteter med brug af forskellige metoder og mekanismer på tværs af projekterne. Der er endvidere i flere tilfælde foretaget justeringer af projektets aktiviteter undervejs – både i større eller mindre målestok. Større justeringer/ændringer er typisk ikke planlagt, men derimod sket som følge af, at projektet har vist sig ikke-forankringsdygtigt eller svært at implementere i praksis grundet andre forhold (fx mangelfuldt samarbejde med andre aktører) (Esbjerg). I nogle tilfælde har der været aktiv inddragelse af målgruppen før en evt. justering (jf. afsnit 5.2.3).

5.2.2 Kodificerede vs. ikke-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 (se bilag 3). Ved *kodificerede indsatser* forstås fulde indsatser (programmer), hvor en skriftlig protokol som minimum beskriver indsatsens målgruppe, formål, tilsigtede virkninger, metoder og varighed. Evidensbaserede metoder er fx kendetegnet ved at være stærkt

¹⁶ En samtalemetode udviklet af psykolog og adfærdsforsker Elisabeth Arborelius, Institut for Samfundsmedicin, Linköping) bestående af en vekselvirkning mellem gruppesamtaler og individuelle samtaler. (http://www.lisedalsgaard.dk/filarkiv/pdfdocs/du_bestemmer_manual_demo.pdf)

¹⁷ Heraf anvender to kommuner psykologer og en kommune en familierapeut.

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.

Tabel 5-1: Projekternes anvendte metoder og teori

Kommune	Teoribrug
Esbjerg	Model 3 (den implementerede model): Fokus på mental sundhed; fokus rettes mod problemerne bag overvægten snarere end selve overvægten
Fredensborg	Metoden er Værdsættende samtaler samt Systemisk/narrativ metode.
Greve	Der er hentet inspiration fra Guldklumperne (Stevns Kommune, 1. udmøntning); Motivationsteorier og Den motiverende samtale Flerfamiliesamtaler der tager udgangspunkt i Marlborough-metoden
Køge	Du bestemmer-metoden Marte Meo-tilbud til familier Desuden er der søgt inspiration fra Leksand-modellen
Middelfart	Der tages udgangspunkt i Du bestemmer-metoden. Den indarbejdes i fællesarrangementer og handleplanssamtaler i familien. Små skridt-metoden Den motiverende samtale
Roskilde	'Livsstilsknækkeren' udarbejdet af klinisk psykolog Annette Skrivers. Et pædagogisk redskab med fokus på 'self management'. Dette redskab baseres på den sundhedspsykologiske teori 'Stages of Change' Elementer fra Små skridt til vægttab – der holder
Struer	Sundhedspædagogisk metode (Læring og Mestring) Du Bestemmer-metoden og Tackling Små skridt-metoden
Tønder	Du bestemmer-metoden
Vejen	Du bestemmer-metoden Antonovskys mestringsteorier "Kreativ madværksted" (Karin Svendsen)
Vejle	Den motiverende samtale (William R. Miller og Stephen Rollnick) Bio-psyko-social model som teoretisk referenceramme i forståelsen af det enkelte barns overvægt
Aalborg	Antonovskys tanker om sundhedsfremme og forebyggelse. Den motiverende samtale Du bestemmer-metoden Små skridt-metoden
AAarhus	Systemisk- og narrativteori Endvidere er projektet inspireret af den svenske enhed: Barnöverviktsenheden i Malmö.

De kommunale projekter i 3. udmøntning må betegnes som primært at anvende ikke-kodificerede indsatser. Der er til gengæld flere gengangere blandt de teoretiske tilgange og metoder, som kommunerne har anvendt:

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

Projekterne bruger ofte flere af disse i kombination (syv ud af 12 kommuner). Kommunerne har således anvendt eksisterende teorier og metoder i deres arbejde, men der har ikke været tale om fuldt kodificerede indsatser, hvor 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 det enkelte projekt.

Nogle projekter har afprøvet metoder, som oprindeligt er udviklet til andre målgrupper end børn. Eksempelvis afprøvede en kommune principper fra det norske koncept om *Læring og Mestring* (oprindeligt anvendt i patientuddannelsesprogrammer målrettet voksne). Erfaringen var her, at metoden ikke var anvendelig for en yngre målgruppe (5.-6. klasse), men derimod egnede sig bedre til ældre børn, som i højere grad kan reflektere over deres situation.

Også *Du bestemmer*-metoden blev i et projekt afprøvet til en yngre målgruppe ("Du bestemmer" er en sundhedspædagogisk samtale, som i sin oprindelse blev udformet til elever i 8.-10. klasse). Fundet var her, at metoden ikke fungerede for 5.-7. klasse, men virkede bedre for den ældre del af målgruppen (8.-10. klasse).

Hvad angår kodificering af egne indsatser efter gennemførelse af disse fremstår denne endvidere mangelfuld på tværs af kommuner. Der er kun i få projekter (ÅAarhus, Roskilde) nedskrevne manualer/retningslinjer omhandlende projektets aktiviteter. Denne manglende kodificering af indsatserne har betydning for, hvorvidt det er muligt for andet personale eller andre kommuner at gennemføre indsatsen på samme vis (se bilag 3 om kommunernes kodificering).

5.2.3 Brugerinddragelse i tilrettelæggelsen

Implementeringslitteraturen finder meget konsistente resultater vedr. brugen af brugerinddragelse i implementeringen af nye indsatser, idet dette er én af de væsentlige faktorer, som kan påvirke processen i en positiv retning og lede til en forbedret implementering¹⁸.

Erfaringer med læring og mestringsmetoden

I løbet af projektperioden oplever projektet, at de yngste deltagere (5.-6. klasse) ikke får 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.*" (Struer, egen-evaluering)

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.*"

¹⁸ 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.

I alt seks ud af de 12 projekter har anvendt brugerinddragelse i forbindelse med planlægningen og/eller justeringen af deres indsatser. Dette har enten været forældre eller børnene selv, afhængigt af målgruppens alder.

Det er således et centralt fund, at der har været stor lydhørhed over for brugernes oplevelse af indsatsen i projekterne, hvilket alt andet lige må øge sandsynligheden for, at disse indsatser implementeres på bedste vis.

5.2.4 Strategi i forhold til italesættelse af overvægtsproblematikker

Størstedelen af projekterne har brugt en del ressourcer på at diskutere og finde frem til en strategi for italesættelsen af overvægt i projektet (i otte ud af 12 kommuner). For flere af disse har strategien været funderet i den anvendte samtalemetode i projektet. Endelig har italesættelsen af overvægt være mere løst diskuteret i de resterende fire projekter.

Flere projektledere fremhæver i telefoninterviewene, at det er en langvarig proces at skabe enighed om, hvordan tabubelagte emner som overvægt bedst tales om med både børn og familier. Og ikke mindst hvordan budskaberne formidles i eksempelvis pjecer om indsatsen. Der har på tværs af projekternes diskussioner været enighed om, at tabuet skulle nedbrydes via italesættelsen, men der har til gengæld ikke været enighed om hvordan. Nogle projekter har anvendt en mere direkte tone, hvorimod andre i højere grad har ønsket at moderere budskabet.

Alt i alt er det et positivt fund, at projekter i omfattende grad har haft fokus på formidlingen af deres indsats over for målgruppen. Det må formodes, at en velovervejnet diskurs om projektet i sidste ende kan have en positiv betydning for den måde, indsatsen bliver betragtet af omverdenen.

5.3 Analyse og vurdering

På baggrund af analysen kan følgende fund fremhæves:

1. *Solidt empirisk grundlag for de valgte metoder og mekanismer.* Det kan også i 3. udmøntningsprojekterne overordnet set konkluderes, at projekternes *design* på et mere overordnet niveau hviler på et evidensgrundlag, der sandsynliggør, at indsatsen kan virke. De enkelte indsatser er dog ikke som helhed evidensbaserede.
2. *Omfattende brug af samtaleforløb på tværs af kommuner.* Der er i høj grad fokus på kognitivt intervenerende mekanismer i form af samtaleforløb med både børn og unge og forældre på tværs af kommuner.
3. *Behov for psykologiske kompetencer.* Det er et interessant fund, at flere projekter konkluderer, at der er behov for psykologiske kompetencer i overvægtsindsatsen. Dette sker som en efterrationalisering på baggrund af deres projekterfaringer, og således ikke noget der i udpræget grad er gjort proaktivt brug af på tværs af kommuner. Dette er for så vidt i tråd med puljens formålsbeskrivelse, der kræver, at der også skal være fokus på det psykosociale i overvægt – og således burde sådanne faglige kompetencer i højere grad have været inkluderet i tilrettelæggelsen af indsatsen fra start.

4. *Begrænset anvendelse af kodificerede indsatser og manglende kodificering af egne indsatser.* Der er ikke forsøgt afprøvet evidensbaserede programmer i 3. udmøntningsprojekterne. Dette har dog heller ikke været en del af Sundhedsstyrelsens udmøntningskrav, men derfor er det stadig interessant at belyse, i hvor høj grad kommuner afprøver sådanne programmer. Nogle kommuner er inspireret af metoder fra udlandet eller andre kommuner, men der er ikke tale om en egentlig afprøvning og implementering af et fuldt kodificeret program. Endvidere er det kritisabelt, at der fra projekternes side ikke anvendes ressourcer på at kodificere vellykkede indsatser, således disse kan anvendes af andre kommuner.
5. *Brugerinddragelse i flere projekter.* Det er et positivt fund, at der i flere kommuner har været fokus på brugerinddragelse i udviklingen og justeringen af overvægtsindsatsen. Dette illustrerer en lydhørhed over for brugernes oplevelse af indsatsen, som kan sikre velimplementerede indsatser, der er acceptable for målgruppen.

Det er Rambølls vurdering, at projekternes *design* overordnet set er solidt funderet i effektive metoder og mekanismer. Den manglende kodificering af indsatserne besværliggør imidlertid dokumentationen af indsatser, også i forhold til metodeudveksling på tværs af kommuner. Flere kommuner var inspireret af andre kommuners tidligere projekter på området. Replikation af vellykkede indsatser besværliggøres, hvis de gennemførte indsatsers indhold ikke er tilstrækkeligt veldokumenteret. Alt i alt er der et manglende fokus på fidelitet¹⁹ i implementeringen af indsatserne fra 3. udmøntning.

¹⁹ Hvorvidt man i sin udførsel er tro mod den anvendte metode og følger dens forskrifter.

6 Aktører og opgaver

6.1 Introduktion

I nærværende kapitel belyser vi de mange aktører, som har været involveret i projekterne på tværs af kommunerne. Der vil særligt blive fokuseret på de forskellige aktørers opgaver samt de erfaringer, man har draget sig om samarbejdet med de forskellige aktører både internt og eksternt i projekterne.

Kapitlet indledes med en beskrivelse af projekternes primære arenaer for den specifikke indsats, hvorefter samarbejdet med de forskellige aktører belyses.

Som i den tværgående evalueringsrapport om 2. udmøntningsprojekterne skelnes der i dette kapitel mellem tre overordnede aktørkategorier, der vil blive gennemgået mht. opgaver og samarbejdserfaringer:

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

Afslutningsvis belyses projekternes erfaringer med at arbejde på tværs af forvaltninger, herunder oplevede muligheder og begrænsninger ved det tværfaglige samarbejde.

6.2 Indsatsernes arenaer

Tabel 6-1 nedenfor illustrerer, hvilke arenaer de forskellige projekter har benyttet i forbindelse med deres specifikke indsats. Som det fremgår heraf, har den primære arena for størstedelen af indsatserne været hjemmet, hvor aktiviteterne har fokuseret på at nå målgruppen inden for familiens rammer og med aktiv inddragelse af forældrene.

Herudover foregik en del af indsatserne til dels enten i skoleregi eller i forbindelse med fritidstilbud, og det fremgår fx, at to projekter udelukkende har benyttet den kommunale ungdomsskole som arena. Det kan bemærkes, at målgrupperne for disse to indsatser også netop er ældre børn fra omkring 5. til 10. klassetrin.

Tabel 6-1: Arenaer hvori indsatsen er foregået

Kommune	Arena: Daginstitution	Arena: Skole	Arena: Hjem	Arena: Fritidstilbud
Esbjerg		X	(x)	(x)
Fredensborg		X	X	(x)
Greve		(x)	X	X
Køge			X	
Middelfart		X	X	
Roskilde	(x)		X	
Struer				X (ungdomsskole)
Tønder				X (ungdomsskole)

Kommune	Arena: Daginstitution	Arena: Skole	Arena: Hjem	Arena: Fritidstilbud
Vejen		(x)		X
Vejle		X	X	
Aalborg			X	X
AAarhus			X	

6.3 Samarbejdspartnere i projekterne

De mange forskelligartede projekter har på tværs af kommunerne resulteret i inddragelsen af mange forskellige aktører og samarbejdspartnere i indsatserne. Inddragelsen af både interne og eksterne aktører har skabt mange muligheder for spændende samarbejder og implementering af nye aktiviteter i kommunerne, men samarbejdet også været en udfordring at oprette og bevare for mange projekter.

Tabel 6-2 viser eksempler på samarbejdspartnere inden for de forskellige aktørgrupper. Af oversigten fremgår det, at projekterne i 3. udmøntning oftere inddrager kommunale aktører, mens de inddrager få regionale aktører.

Tabel 6-2: Eksempler på samarbejdspartnere i projekterne

Kommunale aktører	Regionale / nationale aktører	Frivillige (andre) aktører
• Andre forvaltninger • Sundhedspleje/skolesundhedspleje • Tandpleje • Skoler • SFO • Ungdomsskole • Daginstitutioner/dagpleje • Psykologer • Fritidsvejledere/foreningskonsulent • Diætister og bevægelseskonsulenter	• Praktiserende læger • Praksisdiætistordning • Hospitaler	• DGI • Lokale idrætsforeninger • Julemærkehjem • Sociale boligprojekter • Selvejende institutioner

6.3.1 Samarbejde med kommunale aktører

Det har været generelt for projekterne, at de har inddraget en bred vifte af relevante kommunale aktører til at varetage opgaver både internt og eksternt i projektorganisationen. Således har mange af projekternes projektgrupper inddraget repræsentanter for både det kommunale børne- og ungeområde, såsom skoleledere, AKT- og idrætslærere, SSP-konsulenter eller PPR, og for sundhedsområdet, såsom sundhedsplejen – både den kommunale sundhedspleje og sundhedstjeneste – tandplejen, diætister eller kostkonsulenter.

Der var på tværs af projekterne gode erfaringer med inddragelsen af projektmedarbejdere med forskellig faglig baggrund, da disse har været med til at opkvalificere den faglige diskussion og skabe forbedringer i projektet, fx i forhold til rekrutte-

rings- og formidlingsstrategier, da forskellige faggrupper møder målgruppen forskellige steder i hverdagen (Struer). Data på tværs af kommunerne viser, at velfungerende tværfagligt samarbejde kan være med til at styrke projekterne og skabe et mere helhedsorienteret tilbud til målgruppen og øge mulighederne for samarbejde i fremtiden.

Ud over de projektinterne opgaver har forskellige kommunale aktører også bidraget til projekternes aktiviteter og har på forskellig vis i projekterne løftet opgaver i forhold til:

- Identifikation af målgruppen
- Rekruttering, opsporing og henvisning
- Afholdelse af kost- og motionsforløb
- Afholdelse af samtaleforløb
- Afholdelse af temadage/aftener for børn og/eller forældre.

Der er i projekterne især fremkommet erfaringer i forhold til samarbejde med (i) sundhedsplejersker, (ii) daginstitutioner og skoler, (iii) ungdomsskoler og (iv) fritidsvejledere/foreningskonsulenter, som vil blive behandlet særskilt nedenfor.

(i) Sundhedsplejersker

Samtlige kommuner har inddraget sundhedsplejersker i projektet²⁰. I flere tilfælde er der tale om reel projektförankring i denne aktørgruppe (seks ud af 12 kommuner). Yderligere tre kommuner fremhæver, at der har været et yderst tæt samarbejde med sundhedsplejen/sundhedstjenesten i projektet. Derudover er det fælles på tværs af kommunerne, at sundhedsplejerskernes opgaver ofte var knyttet til opsporing, henvisning og rekruttering, fx i forbindelse med skolesundhedsplejerskernes indskolingsundersøgelser (Greve, Middelfart, Vejle, ÅAarhus). Dette ofte forestået af hele denne aktørgruppe.

Derudover var sundhedsplejen/sundhedstjenesten i flere tilfælde også den bærende kraft i projekterne i forhold til at gennemføre i planlagte aktiviteter, såsom hjemmebesøg, samtaleforløb med børn og familier, eller de har fungeret som kontaktpersoner for familierne. På tværs af kommuner var der i sådanne tilfælde oftere tale om udvalgte sundhedsplejersker i gruppen. I denne forbindelse har mange af projekterne gennemført kompetenceudvikling af sundhedsplejerskerne i de anvendte metoder, jf. kapitel 7.

Data viser generelt gode erfaringer med samarbejdet med sundhedsplejerskerne. Samtlige telefoninterviews bekræfter disse som en oplagt aktørgruppe, idet de har en naturlig indgang i børnenes og de unges liv i forskellige stadier af livet (tidlig barndom og skoleliv).

Enkelte kommuner har oplevet modstand i samarbejde relateret til lederskift eller manglende ressourcer og generelle besparelser på området, som har påvirket samarbejdet negativt (tre kommuner), men størstedelen af kommunerne har kun positive erfaringer. Sundhedsplejerskerne har i kraft af deres driftsopgaver allerede relationer til mange børn og familier (Køge, Roskilde), hvilket fremhæves som en styrke i forhold til at rekruttere børn til indsatsen mod overvægt (Aalborg, Køge). En-

²⁰ Hvilket også var et krav fra SST til 3. udmøntningsprojekterne.

kelte projekter har dog oplevet modstand blandt sundhedsplejerskerne mod at tage samtalen om overvægt med forældrene, men det er tendensen i størstedelen af projekterne, at sundhedsplejerskerne som faggruppe er bedre til at håndtere dette emne end andre faggrupper, såsom pædagoger og lærere (jf. nedenstående afsnit).

(ii) Daginstitutioner og skoler

Størstedelen af projekterne (ni ud af 12 kommuner) har også samarbejdet med lærere og pædagoger fra kommunens skoler og daginstitutioner. Dette samarbejde har hovedsageligt omhandlet opsporing og rekruttering af deltagere, og der er i flere tilfælde tale om mindre omfattende inddragelse, hvor lærere og pædagoger opfordres til at henvise til projektet (Fredensborg, Vejle, Vejen, Aalborg, AAarhus). I enkelte projekter har lærere indgået som en del af projektgruppen (Esbjerg, Vejen).

Der er varierende erfaringer på tværs med samarbejdet med disse aktører. Det er varierende, hvor meget tid disse faggrupper har brugt i projektet – og positive erfaringer hermed fremstår at hænge sammen med, at også ledelsesniveauet på skoler og institutioner har prioriteret at frigive ressourcer til projektet og anerkendt deres medarbejders involvering. Nogle projekter oplevede endvidere en større berøringsangst for emnet overvægt i relation til disse aktørers involvering i opsporing og rekruttering (Aalborg, Roskilde) end andre.

(iii) Ungdomsskoler

For de projekter (Tønder, Struer), der har samarbejdet med den kommunale ungdomsskole om indsatsen, er erfaringerne udpræget positive. Begge projekter har etableret ungdomsskolehold for målgruppen og gennemført aktiviteter vedr. kost og motion.

Der udtrykkes særligt tilfredshed med samarbejdet i forhold til at nå børn og unge i målgruppen gennem ungdomsskolen, idet ungdomsskolen af deltagerne bliver opfattet som en del af den normale ungdomskultur, hvor målgruppen derfor ikke oplever at adskille sig fra jævnaldrene, der går til andre ungdomsskoleaktiviteter.

(iv) Fritidsvejleder/foreningskonsulenter

I flere kommuner har der yderligere været samarbejdet med kommunale fritidsvejledere eller foreningskonsulenter²¹ (Fredensborg, Vejle, Aalborg). Disse har fungeret som bindeled mellem projekterne og de frivillige foreninger samt i nogle tilfælde hjulpet med at identificere deltagere og finde egnede tilbud til disse i foreningslivet.

Kommunerne, som har anvendt disse aktører, udtrykker stor tilfredshed med samarbejdet med fritidsvejlederne, som har formået at styrke samarbejdet med de frivillige foreninger. Således antyder data, at det kommunale bindeled til det frivillige foreningsliv er en væsentlig aktør at tænke ind i projekter, såfremt man ønsker at etablere samarbejde med foreningerne (erfaringer med foreningslivet uddybes i afsnit 6.3.3).

²¹ Også kaldt "play-maker" i én kommune.

6.3.2 Samarbejde med regionale aktører

Der kan som nævnt kun identificeres få typer regionale samarbejdspartnere på tværs af 3. udmøntningsprojekterne – den mest tværgående er almen praksis, som uddybes nedenfor. Derudover har nogle kommuner haft mindre samarbejder med Holbæk Sygehus.

(i) Praktiserende læger

Der er primært tale om et indirekte samarbejde, hvor lægerne informeres om/opfordres til at deltage i projektet, men ikke i øvrigt forpligter sig til at samarbejde.

Lidt over halvdelen af kommunerne har søgt samarbejde med alment praktiserende læger (syv ud af 12 kommuner). Denne aktørgruppe er udelukkende forsøgt involveret i identifikations- og henvisningsarbejdet i projektet. Samarbejdet er søgt etableret på forskellig vis på tværs af kommuner og er i nogle tilfælde gået gennem praksiskonsulenten i kommunen, mens andre kommuner har forsøgt at involvere lægerne direkte ved at fremsende informationsmateriale og vejledning i henvisning til projektet.

Data viser, at samarbejde med almen praksis sjældent fungerer optimalt. Størstedelen af projekterne oplever, at det har været meget svært at motivere de praktiserende læger til at indgå i projektet, og at det ikke er lykkedes at skabe den forventede henvisningsstruktur fra almen praksis. Årsagerne hertil er ifølge projektlederne flere – både indirekte og direkte relateret til lægens arbejde: Indirekte kan det skyldes, at målgruppen for projektet ikke ses ofte nok af den praktiserende læge pga. alder (Greve m.fl.). Andre peger mere direkte på, at lægerne i den almene praksis er modvillige til at påtage sig sådanne projektopgaver (og henvise til midlertidige tilbud) eller i øvrigt ikke prioriterer et fokus på henvisning til projektet pga. mange andre opgaver.

Af resterende projekter, som ikke samarbejder med almen praksis, har enkelte bevidst fravalgt at fokusere på denne aktørgruppe pga. tidligere dårlige erfaringer hermed (Esbjerg m.fl.).

6.3.3 Samarbejde med frivillige (og andre) aktører

Mange af projekterne har samarbejdet med frivillige foreninger. Der har primært været tale om idrætsforeninger (syv ud af 12 kommuner). Samarbejdet har enten været etableret med lokale idrætsforeninger, der har forestået særlige motionshold for deltagerne (Greve, AAarhus, Esbjerg) eller med det formål at give deltagerne mulighed for at prøve mange forskellige motionsformer og introducere dem til det lokale foreningsliv (Struer, Middelfart, Vejle).

Data viser, at samarbejdet i de fleste tilfælde var problematisk, idet foreningerne havde svært ved at løfte opgaven i forhold til målgruppen (en målgruppe der både er svær at rekruttere og fastholde i aktiviteterne og som samtidig ofte er motorisk svage og foreningsuvante børn) (Greve, Vejle, Fredensborg). Dette stiller krav til foreningerne i forhold til faglige og pædagogiske kompetencer hos instruktørerne. De steder, hvor samarbejdet har fungeret, synes dette at bunde i, at kommune og forening allerede har et velfungerende samarbejde med en større forening, som allerede har de rette kompetencer til (og erfaring med) at håndtere særlige målgrupper (AAarhus).

Endvidere viser data, at det ikke nødvendigvis kun/altid er de frivillige aktørers kompetencer, som er barrieren, men derimod deres organisatoriske fundament som frivillige (Esbjerg).

Der identificeres også logistiske udfordringer flere steder i samarbejdet mellem forening og kommune. Dette både i form af modvillighed fra foreningernes side i forhold administrative opgaver i forbindelse med indsatsen samt indhentning og videregivelse af informationer om deltagerne til andre dele af indsatsen (Greve, Esbjerg). Formaliserede samarbejdsaftaler og struktureret aflønning fremhæves af nogle projekter, som svaret på disse udfordringer.

6.4 Analyse og vurdering

På baggrund af analysen af aktører og opgaver i 3. udmøntningsprojekterne er det muligt at fremhæve flere opmærksomhedspunkter vedr. erfaringer med samarbejde og involvering af forskellige aktørgrupper.

1. *Flest kommunale aktører.* På tværs af de kommunale projekter ses det tydeligt, at det primært er samarbejde med forskellige andre kommunale aktører, som er i fokus (frem for samarbejde med fx regionale aktører). Dette stemmer overens med, at projekternes indsatser er forankret her, og endvidere at et gennemgående fokus på tværs af kommuner synes at være forankringsdygtige indsatser.
2. *Sundhedsplejersker er oplagte og kompetente aktører i forhold til overvægtsindsatser.* De har en naturlig indgang til målgruppen for overvægtsindsatser på forskellige stadier i børns og unges liv, og på tværs af projekter er der overvejende positive erfaringer med denne aktørgruppes varetagelse af forskellige opgaver i indsatsen. Særligt opsporing og rekrutteringsopgaver fremstår oplagte – også fordi erfaringerne viser, at sundhedsplejerskerne ofte er gode til at håndtere italesættelsen af overvægtsproblematikken over for målgruppen.
3. *Fritidsvejlederen som bindeled.* Til trods for at langt fra alle kommuner har gjort brug af denne kommunale aktør, er det et interessant fund, at der er positive erfaringer med at bruge den kommunale fritidsvejleder som bindeled i bestræbelserne på at sikre velfungerende samarbejde med frivillige foreninger. Samarbejdet med det frivillige foreningsliv var (som i de tidligere puljeudmøntninger) en udfordring på tværs af kommuner i 3. udmøntning, og derfor er der fremadrettet behov for at identificere mulige veje til forbedring af sådanne samarbejder – hvor netop denne kommunale aktør fremstår som en oplagt komponent. Udviklingen af samarbejde med det frivillige foreningsliv er potentielt en tids- og ressourcekrævende proces, hvor der er behov for at forene forskellige mål og interesser fra hhv. forenings og kommunes side.
4. *Udfordringer i involvering af alment praktiserende læger.* Til trods for at flere kommuner anser alment praktiserende læger som en central samarbejdspartner i overvægtsindsatsen i forhold til identificering og rekruttering af målgruppen, lykkes det sjældent i praksis at få denne aktørgruppe tilstrækkeligt involveret. Der er således forbedringspotentialer i dette samarbejde.

7 Kompetenceudvikling

7.1 Introduktion

I dette kapitel belyses kompetenceudviklingen, der blev gennemført i kommunernes projekter²². Sikring af kompetenceudvikling kan ifølge implementeringslitteraturen fremme vellykket implementering af indsatser²³. Med kompetenceudvikling forstås de uddannelses- og opkvalificeringsaktiviteter, som foregik for de professionelle grupper – både internt i projektgrupperne og blandt andre professionelle og samarbejdspartnere.

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

7.2 Kompetenceudviklingens fokus

Der har været fokus på kompetenceudvikling i samtlige kommuner, som indgår i nærværende tværgående evaluering.

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

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

For (i) viser data, at der i de specifikke indsatser i 3. udmøntningsprojekterne både har været kompetenceudviklingsaktiviteter målrettet alle professionelle i en udvalgt faggruppe og kompetenceudvikling målrettet udvalgte professionelle.

Kompetenceudviklingsaktiviteter målrettet alle professionelle i en udvalgt faggruppe primært forekom i fem ud af de 12 kommuner. Det har primært været hele gruppen af sundhedsplejersker i kommunen, som har været målgruppen for denne type kompetenceudvikling (fem ud af fem kommuner), men i enkelte projekter har andre faggrupper (pædagoger i daginstitutioner) også været i fokus (en ud af fem²⁴). Kompetenceudvikling målrettet udvalgte professionelle foregik primært for de forskellige medlemmer af projektgruppen. Data er ikke fuldt tilstrækkelige i forhold til en helt fyldestgørende beskrivelse af varigheden af disse aktiviteter, men varigheden er fra én dag til et forløb på op til otte dage.

Vedrørende indholdet (ii) af kompetenceudviklingen viser data, at aktiviteterne for alle professionelle ofte havde fokus på faglig opkvalificering i forhold til de anvendte metoder i projektet. Herunder har der ofte været fokus på at forbedre medarbejdernes kompetencer til rekruttering af målgruppen.

²² 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.

²³ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Se side 67.

²⁴ I denne kommune fremhæves det dog, at medarbejdere i daginstitutioner var sværere at rekruttere til at deltage i opkvalificeringen.

I forhold til kompetenceudvikling for udvalgte medarbejdere kunne der skelnes mellem to overordnede indholdstyper. Dels mere processuel kompetenceudvikling, dels faglig kompetenceudvikling. I fire ud af 12 kommuner var der fokus på det processuelle i form af projektledelse, kommunikation og lignende. Derudover var der i samtlige 12 kommuner fokus på faglig opkvalificering af enkeltpersoner inden for diverse metoder, såsom *Du bestemmer-metoden* og *Den motiverende samtale* og/eller viden om kost, fysisk aktivitet mv. Fokus for projekterne var ofte at styrke personalets faglige ballast i mødet og arbejdet med børnene og familierne.

Kompetenceudviklingen på tværs af kommuner havde endvidere partiel karakter. Der var dermed fokus på opkvalificering af fagpersoner inden for delelementer/enkeltnetoder til brug i et indsatsforløb frem for en kompetenceudvikling i alle elementer af et fuldt program. Dette skal ses i sammenhæng med, at tilrettelæggelsen af indsatser (jf. kapitel 5) bestod af en sammensat indsats frem for et fuldt udviklet kodificeret program.

Tabel 7-1 giver et overblik over den gennemførte kompetenceudvikling, dens omfang og antallet af modtagere i de enkelte projekter²⁵.

Tabel 7-1: Type og omfang af kompetenceudvikling

Kommune	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
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
Fredensborg	Opkvalificering i narrativ praksis (underviser er DISPUK)	Narrativ praksis: 4 dage	Narrativ praksis: 3 deltagere (tidligere projektleder + 2 sundhedsplejersker)
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 Innovation: 3 dage 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.

²⁵ Der har ikke været afholdt gratis kompetenceudvikling fra Sundhedsstyrelsens side i 3. udmøntningsprojekterne.

Kommune	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
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 Forælderoller: 1 dag Supervision og introduktion af den narrative tilgang: 1 dag	Antal deltagere: 20 Supervision: ca. 6 deltagere pr. distriktsgruppe (3 distrikter)
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 <i>ikke yderligere specificeret</i>
Roskilde	Livsstil i børnehøjde (baseres på Livsstilsknækkeren) Temadage: Dannelsen af vaner og livsstilsknækkeren; "Nye vaner – Nye veje" og Livsstilsbesøg.	Livsstil i børnehøjde: 1 dag, Dannelsen af vaner og livsstilsknækkeren: 2 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	Livsstil i børnehøjde: 23 (daginstitutioner) Dannelsen af vaner og livsstilsknækkeren: 32 (sundhedsplejersker) Nye vaner – nye veje og Livsstilsbesøg for sundhedsplejersker: 32; for læger: 35; for daginstitutionsledere 4-6 deltagere pr. gang
Struer	Kompetenceudvikling inden for følgende 5 temaer: 1) Lærings- og mestringsuddannelse 2) Den motiverende samtale 3) Vægtstoprådgivning 4) Vidensdag med fokus på børn, unge og overvægt 5) Forandring af sundhedsvaner.	Varighed af samtlige 5 temaer: 21 dage <i>Ikke yderligere specificeret</i>	Tema 1+2+3+4+5 = 1 medarbejder Tema 1+2 = 1 medarbejder
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
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

Kommune	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
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 samtale – individbaseret: 3 dage Tema 3: Motiverende samtale – gruppebaseret: 2 dage Afhængig af målgruppen, men alt mellem 3 og 15 dage. Alle projektmedarbejdere har deltaget i min. 9 dages kompetenceudvikling.	Antal deltagere: 68 fordelt således: - 11 pædagoger - 2 lærere - 3 studerende - 6 konsulenter - 1 projektleder - 3 kommunallæger - 42 sundhedsplejersker m/ledere
Aalborg	Kursus i Små skridt, i Mindfulness, i Vægtstoprådgivning og diverse temadage.	Små skridt: 2 dage Mindfulness: 8 + 4 dage (to koordinatører) Vægtstoprådgivning: 6 dage Temadage/netværksmøder: 3 + 2 dage	Mindfulness: 2 koordinatører I alt 25 dage fordelt på to koordinatører (grundet koordinatorskift i forløbet)
AAarhus	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. <i>Ikke yderligere specificeret</i>

7.3 Evaluering af og opfølgning på kompetenceudviklingen

De fleste projektledere (Greve, Køge, Roskilde, Tønder, Struer, Aalborg, AAarhus, Vejle, Middelfart) 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 medarbejdere, idet ingen af de 12 kommuner har rapporteret målinger i forhold til effekten af de gennemførte kompetenceudviklingsaktiviteter.

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

På tværs af projekternes evalueringsdata er der således manglende data på disse forhold. Tre (Greve, Roskilde, AAarhus) ud af 12 kommuner har evalueret kompetenceudviklingen mere indgående. Der er for disse kommuner dog udelukkende tale

"Sundhedsplejerskerne udtrykker generelt, at det kompetenceudviklingsforløb, som de har været igennem i forbindelse med projektet, har været en positiv oplevelse."

*"Generelt er vurderingen, at sundhedsplejerskerne har kompetencerne til og forudsætningerne for at motivere og igangsætte familierne i projektet, men på trods af kompetenceudviklingen undervejs i projektet savner og efterspørger de redskaber og viden til konkret at forholde sig til barnets og familiens udvikling".
(Greve, egnevaluering)*

om selv vurderet udbytte af kompetenceudviklingen, og således er der ikke søgt at undersøge kompetenceudviklingen mere objektivt eller kvantificerbart. For to af disse kommuner gør det sig gældende, at de opkvalificerede medarbejdere ikke er fuldt tilfredse med kompetenceudviklingen og ikke føler sig tilstrækkeligt kompetente til at varetage alle de tiltænkte opgaver i projektet (Roskilde, Greve). Således synes der at være behov for endnu mere opkvalificering af medarbejderne, end tilfældet har været.

Enkelte projekter erkender dog, at der trods den tilfredsstillende oplevelse med kompetenceudviklingen ikke i praksis er ændret noget særligt i forhold til medarbejdernes arbejdsmåde (fx rekruttering, Roskilde). Nogle fremhæver, at der har været tale om en ”train and hope”-strategi, og en læring er derfor, at man fremover bør have mere fokus på længerevarende uddannelsesforløb med opfølgning (supervision mv.) på de tillærte kompetencer (Køge).

Det er en erfaring på tværs af projekterne, at opkvalificeringen af medarbejderne ikke sker fra dag til dag. Det er derimod en proces at få indarbejdet nye, tillærte metoder, som tager tid for medarbejderne at få integreret i praksis. Værdien af at træne de tillærte metoder i praksis fremhæves af flere som afgørende (Køge, Roskilde, AAarhus).

Opfølgning og træning (såsom supervision, struktureret feedback mv.) er centralt for, at nye metoder implementeres i en organisation²⁶. Der har været varierende fokus på dette i kommunerne. Supervision nævnes som aktivitet hos tre ud af de 12 kommuner (Fredensborg, Køge, Vejle). Heraf har to anvendt supervision i projektet (formen for det beskrives dog ikke i detaljer). Det tredje projekt nævner, at der er mulighed for supervision i forhold til den anvendte metode, men det beskrives ikke, hvorvidt dette rent faktisk benyttes (Fredensborg).

Et fjerde projekt har arbejdet aktivt med inddragelse og praktisk træning og side-mandsoplæring af medarbejdere (AAarhus). Her er tilfredshed med opkvalificeringen blandt medarbejderne, men mere formel ekstern supervision efterlyses dog.

På trods af at implementeringslitteraturen viser, at løbende opfølgning/feedback forøger sandsynligheden for, at kompetencer anvendes som intenderet i den sundhedsfaglige praksis²⁷, kan det overordnet konkluderes, at der ikke har været udpræget fokus på opfølgning i forhold til kompetenceudviklingen i kommunerne i 3. udmøntning.

7.4 Analyse og vurdering

På baggrund af analysen af kompetenceudviklingen i 3. udmøntningsprojekterne er det muligt at fremhæve flere opmærksomhedspunkter.

1. *Mange kompetenceudviklingsaktiviteter på tværs af kommuner.* På tværs af de kommunale projekter er det et positivt fund, at alle har gennemført aktiviteter

²⁶ Sundhedsstyrelsen (2010). Implementeringsforskning om forebyggelse – en baggrundsrapport. Siderne: 37-38 og 52.

²⁷ Fixsen, D. et al. (2005). Implementation Research. A Synthesis of the Literature, University of South Florida.

for at udvikle de sundhedsfaglige kompetencer. Dette flere steder både for alle i en medarbejdergruppe og for udvalgte medarbejdere.

2. *Manglende opfølgning på nyerhvervede kompetencer.* Det er kritisk, at kommunerne, på trods af at have brugt ressourcer på at opkvalificere medarbejdere, i udpræget grad ikke har fokus på, hvorvidt kompetenceudviklingen reelt er lykkedes. Ingen kommuner undersøger effekten af kompetenceudviklingen, og der er kun i få tilfælde fokus på opfølgningsaktiviteter i form af supervision og træning. Dette er en uhensigtsmæssig tendens, idet der ikke akkumuleres viden om, hvorvidt den gennemførte kompetenceudvikling reelt har medført læring hos den enkelte medarbejder.

Det er kendt fra implementeringsforskningen, at tilegnelse af viden, der vurderes som nødvendig i implementeringen af en konkrete indsats, helst skal følges op med løbende supervision, feedback og træning, så de tilegnede kompetencer omsættes bedst muligt i praksis. Det er imidlertid Rambølls vurdering, at der har været for lidt fokus på, hvorvidt de tilsigtede kompetencer, som har været fokus for kompetenceudviklingsaktiviteterne, er blevet udviklet og tilstrækkeligt anvendt i praksis. Således eksisterer ”train and hope”-strategien også i 3. udmøntningsprojekterne²⁸.

²⁸ En konklusion, som går igen fra de tidligere udmøntninger.

8 Rekruttering, fastholdelse og opfølgning

8.1 Introduktion

I dette kapitel ser vi på kommunernes strategier for rekruttering, fastholdelse og opfølgning²⁹. Der fokuseres herunder på følgende fem elementer:

- (i) *Identifikation*: 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.
- (iv) *Fastholdelse*: Hermed forstås, hvorvidt der gennemførtes aktiviteter i løbet af indsatsen for at sikre fastholdelse (og dermed reducere frafaldsraten) af deltagere.
- (v) *Opfølgning*: Hermed forstås, hvorvidt der er efter endt indsats gennemførtes opfølgning på deltagerne.

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

8.2 Identifikation

I alle projekter har der fra start været opstillet kriterier for identifikation af potentielle deltagere. Det er dog forskelligt, hvor specifikke de er, og i hvor høj grad man videre i projektforløbet fuldt ud har holdt sig til dem.

Kriterierne har i størstedelen af projekterne omhandlet alder og overvægt, mens det i flere projekter også har været et afgørende eksplicit kriterium, at deltagerne fra start var motiverede (Roskilde, Tønder, Aalborg, Greve). En kommune har udelukkende haft motivation (til sundere livsstil) som inklusionskriterium (Køge).

Flere kommuner opstiller både primære og sekundære kriterier, hvilket i praksis i nogle tilfælde viste sig svært håndterbart for de henvisende/visiterende aktører. I én kommune (Fredensborg), resulterede inklusionskriterierne som både havde fokus på overvægtige og/eller motorisk udfordrede børn (overvægtige vs. idrætssvage børn) i en sammensætning af børn, som havde en forkert dynamik. Derfor så pro-

²⁹ I dette afsnit er det primært de specifikke indsatser, som er i fokus.

jektet sig nødsaget til at ensrette kriterierne undervejs (fokusere udelukkende på overvægt).

I analysen skelnes der mellem (i) henvisningskriterier og (ii) visitationskriterier. Henvisningskriterier indbefatter kriterier, som er mere flydende og baseret på subjektive vurderinger fra fagfolk. Visitationskriterier baserer sig derimod i højere grad på objektive målinger. Størstedelen af projekterne har opstillet visitationskriterierne (10 projekter) med fokus på objektive inklusionskriterier i form af BMI (Fredensborg, Greve, Middelfart, Roskilde, Tønder, Esbjerg, Vejle, Aalborg, AAarhus). Det varierer dog meget, hvor specifikke BMI-afgrænsninger der er tale om (se bilag 4).

I et enkelt projekt er der i praksis tale om henvisningskriterier, da det fremgår af datamaterialet, at inklusionen i højere grad er baseret på de professionelle subjektive skøn og ikke egentlige målinger (Køge).

Det er varierende på tværs af projekterne, i hvor høj grad visitationskriterierne (og henvisningskriterier) er fulgt på stringent vis. Der er således både eksempler på kommuner, hvor kriterierne har været fulgt til fulde, og hvor samtlige børn, som faldt uden for kriterierne, er blevet afvist (AAarhus), og omvendt projekter, hvor kriterierne i praksis ikke er fulgt (Køge). Data tydeliggør endvidere ikke fuldt ud, hvorvidt det for alle kommuner lykkedes at identificere (og rekruttere) den tiltænkte målgruppe.

Flere projekter beskriver årsager til at justere kriterierne for deltagelse (Greve, Aalborg, Struer, Fredensborg). I flere tilfælde er det manglende succesfuld henvisning/rekruttering, som ligger til grund herfor (Aalborg, Fredensborg) (se yderligere om rekruttering under afsnit 8.3). I disse tilfælde har projekterne valgt at udvide aldersgruppen for deres målgruppe for at øge antallet i målgruppen. Enkelte andre har ændret målgruppen som følge af erfaringerne med det første hold i projektet, hvor det viste sig, at denne var præget af manglende ressourcer og personlige problemer, som i høj grad udgjorde en barriere for motivationen for vægttab (Struer).

Flere projekters egen-evaluering påpeger også det forhold, at der enten ikke har været visitation, eller stringensen i visitationen ikke er blevet opretholdt i projektperioden.

8.3 Rekruttering

Det varierer, hvor stor en andel af målgruppen i den enkelte kommune, som projekterne har fået fat på i deres indsats. Syv kommuner har vurderet dette og andelen varierer her mellem 8 % og 63 %.

Inden for rekruttering af målgruppen kan der ikke overraskende identificeres én primær model: (i) sundhedsplejersker som (primær) rekrutteringsvej, som alle projekter har anvendt. Heraf har fem ud af de 12 projekter fokuseret udelukkende på rekruttering ad denne vej (AAarhus, Køge, Vejle, Greve, Esbjerg). Sundhedsplejersker fremstår således som centrale aktører i rekrutteringen af deltagere, hvilket stemmer fuldt overens med det overordnede puljefokus for 3. udmøntningsprojekterne.

I flere kommuner suppleres modellen på forskellig vis med andre komponenter³⁰ såsom:

- bredere annoncering og markedsføring (seks ud af 12 kommuner)
- involvering af andre sundhedsprofessionelle (almen praksis) (syv ud af 12 kommuner)
- rekruttering via andre faggrupper³¹ (otte ud af 12 kommuner).

Således er der for de fleste kommuner tale om et flerstrengt frem for et enstrengt fokus i rekrutteringen med anvendelse af andre rekrutteringskanaler end den primære. Data viser dog ikke fordelingen af henvisninger fra de enkelte komponenter. Det er de færreste projekter, som opgør, hvorfra henvisninger til projektet kommer (en ud af 12 kommuner).

At kombinere sundhedsplejen som primær rekrutteringskanal med andre professionelle faggrupper har for nogle projekter været en succes, mens andre projekter giver udtryk for, at samarbejdet med øvrige faggrupper ikke har fungeret. Der er typisk tale om involvering af pædagogisk personale fra daginstitutioner, SFO-personale og lærere fra skoleområdet mv. Udfordringerne ved at benytte andre faggrupper end sundhedsprofessionelle som rekrutteringskanal fremhæves af flere projekter; især skyldes emnet for rekrutteringen; overvægt er fortsat et tabubelagt emne i disse miljøer (Roskilde, Aalborg).

"Et andet område, der kan være med til at forklare den manglende henvisning, er, at de pågældende institutioner og fagpersoner har vidt forskellige faglige kompetenceområder, hvorfor det kan argumenteres, at henvisningen af børnene måske i højere grad lægger sig op ad en sundhedsfaglig baggrund. Der er stor forskel på, hvilke områder den enkelte person fokuserer på i sin daglige interaktion med børnene. En pædagog er, i kraft af sin pædagogiske uddannelse, fokuseret på barnets sociale trivsel. Overvægt spiller derfor ikke nødvendigvis en markant rolle i pædagogens tanker om barnet."
(Aalborg, egne evaluering)

Involveringen af andre sundhedsprofessionelle består for størstedelen af projekterne af involvering af almen praksis. Enkelte kommuner involverede andre sundhedsprofessionelle såsom tandpleje og ergo- og fysioterapeuter (Aalborg).

Involvering af andre sundhedsprofessionelle, og i særlig grad specifik involvering af almen praksis, fremstår på tværs af kommuner ikke som en succesfuld rekrutteringsmodel.

Flere projektledere nævner i den forbindelse, at samarbejdet med praktiserende læger ikke har fungeret (se også kapitel 5), da de praktiserende læger har travlt, og at der er nogle forbehold hos lægerne, når det gælder projektindsatser (modsat driftstilbud) (projektleder, Roskilde og Aalborg), som gør, at de undlader at henvise til projektet – eller henviser meget få.

Til trods for at nogle projekter søger at benytte en flerstrengt rekrutteringsstrategi, er det erfaringen på tværs af projekterne i 3. udmøntning, at samarbejdet med sundhedsplejen er altafgørende. Flere projektledere fremhæver i interviewene, at

³⁰ Disse komponenter kombineres ofte, og derfor tæller kommunerne potentielt mere end én gang i opgørelserne i parentes.

³¹ Pædagogisk personale fra daginstitutioner, SFO-personale og lærere fra skoleområdet.

denne samarbejdspartner er den største drivkraft i rekrutteringen set i forhold til andre aktører. (10 ud af 12, Middelfart, Esbjerg, Fredensborg, Greve, Køge, Roskilde, Struer, Vejle, Aalborg, Århus).

På tværs af kommunerne er erfaringerne dog fortsat, at der er store udfordringer i at rekruttere deltagere. Data antyder, at dette skyldes flere ting, men en årsag, som fremhæves af flere projektledere, er, at det er svært at være det nye tilbud. Tendsen er således, at jo mere fodfæste indsatsen får og jo bedre omdømme og anerkendelse i lokalmiljøet, jo nemmere bliver det at rekruttere deltagere (Vejle m.fl.).

Data viser endvidere, at der ofte er subgrupper i målgruppen, som er sværere at rekruttere end andre. Eksempelvis rekruttering af familier/børn af anden etnisk baggrund (Greve) end dansk samt deltagere fra lavere sociale lag (Struer). Det er forskelligt, hvordan projekterne har håndteret sådanne udfordringer. I nogle tilfælde har man fx forsøgt at imødekomme ikke-etnisk danske familier ved at inddrage sundhedsformidlere, som kunne tale andre sprog såsom tyrkisk og arabisk. I andre tilfælde har man i projektet fokuseret på andre i målgruppen og således i højere grad "givet op" i forhold til at rekruttere disse (fx udvidelse af aldersgrupper, fordi de ældre var svære at rekruttere (Struer m.fl.), eller ændret kriterier, fordi de svageste grupper var for svære at rekruttere).

8.4 Visitation

På tværs af kommunerne ses det, at størstedelen af kommunerne opererede med visitationsindsatser (se bilag 4). Som nævnt under identifikationsafsnittet tog projekterne oftest udgangspunkt i kriterier med fokus på overvægt hos målgruppen.

Overordnet set skelnes mellem to visitationsmodeller: (i) Visitation til indsats med visitationssamtale eller (ii) visitation til indsats uden visitationssamtale. I 3. udmøntningsprojekterne er der kun få projekter, som anvender visitationssamtaler (Aalborg og Fredensborg). I begge disse er der fokus på deltagernes motivation til deltagelse i projektet og motivation til adfærdændring.

I modellen uden visitationssamtaler er deltagerne typisk visiteret på baggrund af viden om deres BMI, hvorefter børnene og/eller forældrene er blevet adspurgt om deltagelse i projektet.

Nogle projekter kan klassificeres som udelukkende delvist visiterende, idet andre fagfolk ud over sundhedsplejerske (som har adgang til objektive målinger af børnene) kan henvise til projektet, uden der synes at være tale om en egentlig (objektiv) visitation.

Data vedr. projekternes erfaring med visitation er generelt mangelfuld. Erfaringerne fra én kommune viser dog, at visitationen kan udfordres, hvis de opstillede kriterier for inklusion i projektet ikke supplerer hinanden godt. Én kommune (Fredensborg) oplevede, jf. afsnit 8.2, udfordringer ved deres visitationsstruktur, fordi de forskellige visitationskriterier skabte en for heterogen børnegruppe til indsatsen.

8.5 Fastholdelse

Der kan skelnes mellem to typer af fastholdelsesaktiviteter: (i) Formelle/direkte fastholdelsesaktiviteter eller (ii) uformelle/indirekte fastholdelsesaktiviteter.

I analysen af projekternes fastholdelse af deltagere viser det sig, at kommunerne primært anvender uformelle/indirekte fastholdelsesaktiviteter, som mere sporadisk anvendes i indsatsen, og hvor der ikke er opstillet en formaliseret struktur for, hvordan projektet håndterer udeblevne deltagere mv. Der ligger endvidere ofte indirekte fastholdelseselementer i de anvendte metoder i indsatserne på tværs af kommuner, såsom åbenhed og anerkendelse, hvilket havde betydning for fastholdelsen af deltagere.

Ingen projekter havde en formel fastholdelsesstrategi beskrevet. Et projekt anvendte dog mere direkte og formelle fastholdelsesaktiviteter. Projektet sendte bl.a. påmindelses-sms'er ud til alle deltagere inden en undervisningsgang som fastholdelsesredskab (Fredensborg). Desuden anvendte projektet rutinemæssig opringning til børn og forældre ved manglende fremmøde. Dette ses også anvendt (dog mere ad hoc) i andre projekter.

Data og de supplerende interviews med projektlederne viser, at det er et generelt problem at sikre fastholdelsen af deltagere i forløbet, hvilket også illustreres af nedenstående frafaldstabel.

Data viser samtidig, at der kan være forskellige brugbare fastholdelsesaktiviteter, afhængigt af hvilken målgruppe der er i fokus. I et projekt var der en sundhedsformidler, der kunne tale arabisk, en drivkraft i fastholdelse af familier af anden etnisk baggrund end dansk. Et andet projekt fremhæver et behov for at flytte fokus fra deltagernes overvægt i form af objektive mål til, at det snarere skal handle om at være sjovt at deltage, når det gælder yngre skolebørn (Fredensborg m.fl.).

8.5.1 Frafall

Projekternes rapportering af frafall illustrerer et forskelligartet billede. Samtidig er der flere projekter, som ikke opgør frafall. I tabellen nedenfor ses projekternes frafaldsprocenter. Det er vigtigt at være opmærksom på i tolkningen af disse, at projekter i flere tilfælde ikke har tydeliggjort, hvordan frafall behandles i opgørelsen af resultater. Resultaterne er dog flere steder opgjort ud fra deltagere med både start- og slutmålinger, og de frafaldne indgår dermed ikke i den måde, effekten er opgjort på.

Tabel 8-1: Frafald i den specifikke indsats³²

Kommune	Frafald	Visitationsmodel
Esbjerg	Model 1: 36 % frafald Model 2: 45 % frafald Model 3: Intet frafald	Delvis (ii)*
Fredensborg	35 % frafald efter mindst en deltagelsesgang i idræt (66/101 børn deltog mindst én gang i idræt) 83 % frafald ved deltagelse i mindst et år (17/101 børn deltog i mindst et år) 0 % frafald ved samtaleforløb (deltagelse i mellem 1 og 7 samtaler)	(i)
Greve	7 % frafald	(ii)
Køge	Intet frafald	Ingen
Middelfart	13 % frafald	Delvis (ii)
Roskilde	<i>Ikke angivet</i>	(ii)
Struer	25 % frafald	Delvis (ii)
Tønder	34 % frafald	Delvis (ii)
Vejen	5,1 % frafald	(ii)
Vejle	<i>Ikke angivet</i>	(ii)
Aalborg	9,6 % frafald	(i)
AAarhus	16,5 % frafald	(ii)

*) (i) angiver visitation til indsats med visitationssamtale, (ii) angiver visitation til indsats uden visitationssamtale. Delvis (ii) angiver, at ikke nogen indsatser i et projekt var visiterede, men ikke alle.

Som det ses af tabel 8-1, er der stor variation i frafaldet.

Enkelte kommuner har gennemført systematiske frafaldsanalyser og kontaktet frafaldne deltagere for at undersøge årsager til frafald (Tønder, Aalborg).

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

Personlige årsager. Manglende overskud og motivation hos både børn/unge og forældre pointeres af flere projektledere, som en afgørende årsag til frafald (Esbjerg, Tønder).

Socioøkonomiske karakteristika. Også i 3. udmøntning antydes et socialt skel i fastholdelsen. Aalborg fandt, at der var størst frafald i familier med få ressourcer i forhold til mere ressourcestærke familier.

Kontekstuelle faktorer. Konteksten for indsatsen har i flere tilfælde også gjort det svært at fastholde børnene i holdaktiviteter på grund af eksempelvis stor geografisk afstand i landkommuner og problemer med transportmulighed (Tønder, Vejle m.fl.). Endvidere benævnes hyppigheden af indsatsen også at have betydning i nogle tilfælde (Greve). Højintense indsatser kan udfordre familier i deres i øvrigt travle

³² Frafaldsprocenten er, hvis ikke andet angivet, opgjort som andel gennemførte divideret med antal rekrutterede.

hverdag. Flere projektledere fremhæver endvidere, at indsatser for særligt ældre børn/unge er i konkurrence med mange andre aktiviteter i de unges hverdag.

Der fremhæves således både personlige og praktiske årsager til problemerne med fastholdelse af deltagerne. Flere projekter erfarer, at det havde positiv betydning for fremmødeprocenten, hvis aktiviteten i indsatsen lå umiddelbart efter børnenes skoledag. Ofte er der i målgruppen for overvægtsindsatser tale om børn, der ikke er vant til at gå til en aktivitet. Hvis aktiviteten derfor ikke lå lige efter børnene fik fri, var børnene tilbøjelige til at gå hjem og undlade at dukke op (Fredensborg). Også brugen af tilknytning til enkeltpersoner såsom mentorer, kontaktpersoner og sundhedsformidlere fremhæves som en god måde at fastholde deltagere af flere projekter (Vejle, Middelfart, Greve).

8.6 Opfølgning

Der var meget begrænset opfølgning på deltagere på tværs af projekter, og derfor er det primært interessant at belyse, hvorvidt projekterne havde fokus herpå eller ej.

Størstedelen af projekterne i 3. udmøntning har haft løbende fokus på deltagernes udvikling i indsatsperioden, men kun få har gennemført yderligere opfølgning af deltagere efter endt indsats (ud over slutmåling) (i fem ud af 12 kommuner) (Struer, Vejen, AAarhus, Vejle, Aalborg).

Omfanget og karakteren af opfølgningen varierer endvidere på tværs af disse. Nogle har udelukkende gennemført kvantitativ opfølgning, hvorimod andre også har gennemført opfølgningssamtaler (med fokus på de kvantitative resultater). I et projekt var erfaringen, at opfølgning ved 3, 6 og 12 måneder efter afsluttet indsats ikke var tilstrækkeligt for at fastholde målgruppen i en positiv udvikling. Derfor intensiveredes opfølgningen, så opfølgningen i stedet bliver én gang om måneden (Struer).

Omfanget af opfølgning varierer fra én måling (½ år efter indsatsen) til månedlige opfølgninger i op til et år efter afsluttet indsats.

Et projekt adskiller sig således markant fra de øvrige, idet projektet har fundet behov for meget (og en øget mængde) opfølgning. Dette er et interessant fund, når der på tværs af projekter har været så begrænset fokus på opfølgning i øvrigt. Endvidere viser data, at flere deltagere specifikt efterlyser opfølgningsforløb (Tønder, Aalborg).

8.7 Analyse og vurdering

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

1. *Henvisning og visitation* fulgte ofte mere eller mindre specificerede kriterier – det varierer dog på tværs, hvor stringent projekterne har fulgt disse i praksis. Det er Rambølls vurdering, at det generelt er kritisabelt, at projekterne i praksis bliver for løse i deres inklusion af deltagere. Dermed nås den tiltænkte målgruppe for projektet ikke fuldt ud, og andre (mindre trængende) får i stedet adgang (på bekostning af de mest trængende). Samtidig bør man have in mente,

at projekterne også er udviklingsprojekter, hvorfor det til en vis grad er acceptabelt at justere sine inklusionskriterier undervejs, de steder hvor de har vist sig uhensigtsmæssige. Det er dog fortsat kritisk, hvis projekterne ikke forholder sig aktivt til en sådan forskydning, men derimod blot åbner mere eller mindre ukritisk op for andre end de tiltænkte i målgruppen.

2. *Rekruttering via sundhedsplejen er en succesfuld rekrutteringsmodel.* Størstedelen af projekterne anvender sundhedsplejersker som den primære rekrutteringsmodel – og denne er der gode erfaringer med på tværs. I flere kommuner suppleres sundhedsplejen som den primære rekrutteringsmodel med andre komponenter såsom bredere annoncering og markedsføring samt involvering af andre aktører – både sundhedsprofessionelle og andre aktørgrupper. Således benytter størstedelen af projekterne en flerstrengt rekrutteringsstrategi. Dog rekrutteres der antalmæssigt flest via sundhedsplejen på tværs af kommuner, hvilket understreger denne kanal som den primære.
3. *Rekruttering er generelt ressourcekrævende.* Til trods for at sundhedspleje-modellen således anerkendes som god, eksisterer der dog samtidig vanskeligheder i rekrutteringen på tværs af kommuner. Flere kommuner har oplevet udfordringer i at få nok deltagere til deres indsats – og særligt nogle subgrupper i målgruppen er fortsat en udfordring at rekruttere. Det anbefales derfor, at kommuner fremadrettet søger at tænke i mere differentierede strategier i forhold til målgruppens karakteristika og holder fokus på virkningsfulde komponenter i rekrutteringen af særlige grupper. Dette også i forhold til personalets kompetence i rekrutteringen. Det er væsentligt at sikre, at de rekrutterende aktører er i stand til at identificere og engagere deltagerne, så det sikres, at rekrutteringen sker til gavn for den korrekte målgruppe.
4. *Manglende formaliseret fokus på fastholdelse og opfølgning.* Der har generelt været størst fokus på målgruppen ved indgangen til projektet og således på de første tre faser gennemgået i dette kapitel. Således er formelle fastholdelses- og opfølgningsaktiviteter generelt nedprioriteret i projekterne. Opfølgning er et væsentligt aspekt i forhold at sikre viden om en varig virkning af indsatsen, og der bør være mere fokus på disse faser fremover.

9 Målsætninger og resultater

9.1 Introduktion

I dette kapitel belyses projekternes målsætninger og resultater³³. Først analyseres det, hvilke typer målsætninger projekterne har opstillet, dvs. hvorvidt de relaterer sig til effekter af indsatsen og/eller til processen. Herefter vurderes målsætningerne, og hvorvidt disse er konkrete nok til at være styrende for indsatsen.

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

9.2 Målsætninger

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

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

- *Outputmål*, dvs. at projektet har leveret planlagte ydelser/produkter til den planlagte tid mv.
- *Mål for kvalitet*, dvs. om indsatsen har været leveret i forhold til definerede standarder (fidelitet)
- *Mål for proces/organisering*, dvs. at projektet har været hensigtsmæssigt organiseret, har formået at rekruttere sin målgruppe og har etableret en vel-fungerende henvisningsstruktur mv.

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

³³ Denne evaluering indeholder ikke en egentlig vurdering og sammenligning af projekternes målopfyldelsesgrad. For det første har projekterne generelt ikke opstillet præcise målsætninger, og for det andet har kommunerne selv defineret succeskriterierne, hvorfor deres målopfyldelse ikke er direkte sammenlignelig.

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.

Tabel 9-1: Oversigt over projekternes målsætninger

Kommuner	Procesmålsætninger		Effektmålsætninger	
	Specifik ind-sats	SMART	Specifik ind-sat	SMART
Esbjerg	Ja	Ja	Ja	Ja
Fredensborg	Ja	Nej	Ja	Ja
Greve	Ja	Ja	Nej	-
Køge	Ja	Nej	Nej	-
Middelfart	Ja	Nej	Ja	Ja
Roskilde	Ja	Ja	Ja	Ja
Struer	Ja	Nej	Ja	Nej
Tønder	Ja	Nej	Ja	Ja
Vejen	Ja	Nej	Ja	Nej
Vejle	Ja	Nej	Ja	Ja
Aalborg	Ja	Nej	Ja	Nej
AAarhus	Ja	Nej	Ja	Nej

Som det ses af tabellen, har samtlige kommuner opstillet procesmålsætninger for deres specifikke indsats. Desuden har størstedelen også opstillet målsætninger om effekten af indsatsen.

Størstedelen af procesmålsætningerne og halvdelen af kommunernes effektmålsætninger lever ikke op til SMART-kriterierne, idet de ofte er for uspecifikke og således ikke præcise nok i forhold til at være styrende for indsatsen.

9.3 Projekternes resultater

Det er endvidere interessant at undersøge, om der også er skabt resultater i de kommunale projekter i form af målbare ændringer hos målgruppen inden for de ovennævnte effektmålsætninger.

I tabel 9-2 findes en oversigt over, hvilke instrumenter projekterne har anvendt, og hvorvidt der blev indsamlet data på hhv. førmåling og slutmåling, samt hvilket evalueringsdesign der understøttede analyse af data.

Tabel 9-2: Oversigt over måleinstrumenter, data og design

Kommune	Indikator	Baseline angivet	Endline angivet	Evalueringsdesign (proces og / eller effekt)
Esbjerg	3. model: højde, vægt, BMI og fedtprocent ved opstart og afslutning	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Fredensborg	BMI (screening v. sundhedsplejerske v. år 1, 2 og 3); Motorikscreenet ved projektstart og afslutning.	Ja	Delvis	Både proces- og effekt-design (<i>der er ikke dokumentation for effekt-designet i det skriftlige materiale</i>)
Greve	BMI (3 gange, start, midt og slut); kondition, fysisk aktivitet og kost (spørgeskema, start og ½ år efter); Trivsel og selvopfattelse (VAS-skema før/efter)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Køge	Ingen	Nej	Nej	Procesdesign
Middelfart	BMI, taljemål, fysisk aktivitet opgøres ved afklaring og derefter mindst kvartalsvist. Trivsel, kostvaner, handlekompetence, selvopfattelse.	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Roskilde	BMI (måles i 2011); fysisk aktivitet, trivsel, kostvaner, handlekompetence (spørgeskema efter opfølgningsbesøg)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Struer	BMI, taljemål (start, midtvejs, slut, opfølgning 3, 6 og 12 mdr.); konditertest (Watt-max test), kostvaner, fysisk aktivitet, trivsel, handlekompetence, selvopfattelse (start, slut, opfølgning 12 mdr.)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Tønder	BMI, taljemål, konditertest (måling); fysisk aktivitet, kostvaner, trivsel, handlekompetence, selvopfattelse (spørgeskema/interview)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Vejle	Kostvaner, trivsel, handlekompetence, selvopfattelse (nogle måneder efter sidste kursusgang)	Nej	Nej	Procesdesign
Vejle	BMI, taljemål (måling ved start, midtvejs, slut og ½ år efter). Fysisk aktivitet, kostvaner, trivsel, handlekompetence (spørgeskema ved start og slut)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
Aalborg	BMI (løbende målinger), fysisk aktivitet, kostvaner, trivsel, handlekompetence, selvopfattelse undersøges via fokusgruppe (v. midtvejs og slut, fokusgruppe)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design
AAarhus	BMI (måling), derudover undersøges fysisk aktivitet, kostvaner, trivsel, handlekompetence, selvopfattelse via interview (som minimum ved projektstart og projektafslutning)	Ja	Ja	Både proces- og effekt-design

Som det fremgår af ovenstående tabel, har størstedelen af projekterne forsøgt at måle på udviklingen i Body Mass Index (BMI) og således har haft fokus på den langsigtede effekt af indsatsen. Det varierer på tværs af kommuner, hvorvidt man har anvendt køns- og alderskorrigerede BMI-opgørelser eller ej (BMI SDS) (tre (Greve, Vejle, AAarhus) ud af 12 kommuner angiver at anvende dette).

Effekten på mellemlangt sigt og således mellemliggende aspekter af børne- og ungdomsovervægt er også søgt opgjort kvantitativt i flere kommuner (syv ud af 12 kommuner). Her er der både tale om forskellige mål for adfærdsændring (såsom ændrede fysisk aktivitets- og kostvaner) samt mere kognitive/psykologiske tilstande hos børnene (såsom trivsel, handlekompetence og selvopfattelse). Heraf har fire kommuner målt både før og efter målgruppens deltagelse i indsatsen, og de resterende har udelukkende haft en måling efter deltagelse.

Som det fremgår af tabel 9-3 dokumenterer flere kommuner en positiv udvikling i deltagernes BMI³⁴. Endvidere dokumenterer flere kommuner en positiv udvikling på andre udfaldsmål (såsom fedtprocent, taljemål mv.), som ikke indgår i tabellen.

Tabel 9-3: Resultater for effektmål (effekt på langt sigt)

Kommune	Resultater for effektmål (effekt på langt sigt) ³⁵
Esbjerg	Antal børn: 74 Resultat: Af de 74 gennemførte er 51 stagneret eller har fået lavere BMI og taljemål. Model 1: 34 af de 43 gennemførte deltagere har ved projektafslutning lavere eller tilsvarende BMI/fedtprocent og taljemål – svarende til 51 % af de opstartede og 79 % af de gennemførte deltagere. Model 2: 9 af de 17 gennemførte deltagere har ved projektafslutning lavere eller tilsvarende BMI/fedtprocent og taljemål – svarende til 29 % af de opstartede og 53 % af de gennemførte deltagere. Model 3: 9 af de 14 gennemførte deltagere har ved projektets afslutning lavere eller tilsvarende BMI/fedtprocent og taljemål – svarende til 64 % af deltagerne. 14 ud af 14 opstartede børn gennemførte. Samlet set er 52 af de 112 deltagere faldet eller stagneret i BMI/fedtprocent og taljemål – svarende til 46 % af de opstartede og 72 % af de gennemførte deltagere.
Fredensborg	Ikke opgjort (motorisk test og BMI nævnes dog som målte, men ingen resultater refereres)
Greve	Antal børn: 54 Resultat: 79,6 % reduktion, 1,9 % stagnation og 18,5 % øgning i BMI SDS
Køge	Ikke opgjort
Middelfart	Antal børn: 40 Resultat: 17 % af de deltagende børn mellem 3 og 6 år har haft et faldende BMI. 75 % af de deltagende børn mellem 7 og 10 år har haft et faldende eller stagnerende BMI.
Roskilde	Antal børn: 7 Resultat: 7 ud af 15 børn, der har modtaget livsstilsbesøg, har haft betydelige fald i BMI, hvilket betyder enten vægttab eller vægtstagnation.
Struer	Ikke opgjort

³⁴ Eftermålingerne er opgjort umiddelbart efter indsatsens afslutning, hvis ikke andet er angivet i tabellen. Der er tale om rå sammenhænge, og ikke alle opgør, hvorvidt disse er statistisk signifikante.

³⁵ Denne tabel indeholder kun resultater inden for effekt på langt sigt. Dette fordi de fleste projekter har opgjort dette. Langt de fleste kommuner har andre resultater inden for mellemlangt og kort sigt, som således ikke rapporteres her, da opgørelserne heraf på tværs af projekter er mere varierende fra kommune til kommune.

Kommune	Resultater for effektmål (effekt på langt sigt) ³⁵
Tønder	Antal børn: 37 Resultat: 57 % af deltagerne har mindsket deres BMI (22 deltagere har reduceret BMI, mens 15 deltagere har øget BMI) 45 % af de unge har et fald i deres BMI ved opfølgningen (et år efter deltagelse)
Vejle	Ingen effekter på langt sigt opgjort
Aalborg	Antal børn: 15 Resultat: Knap halvdelen af børnene har taget på i vægt under projektforsøget, mens den sidste halvdel har tabt sig. Projektet konkluderer, at det ud fra BMI-målingerne ikke er muligt at foretage en absolut vurdering af børnenes vægtudvikling.
Århus	Antal børn: 102 Resultat: 75 % af børnene har opnået et fald i deres køns- og alderskorrigerede BMI ved seneste opfølgningsmåling 28 % af børnene har endvidere opnået et køns- og alderskorrigerede BMI på under 30 ved seneste opfølgningsmåling 76 børn (fordelt på 41 piger og 35 drenge) har opnået et fald i deres køns- og alderskorrigerede BMI, mens 26 (fordelt på 13 piger og 13 drenge) er gået fra at være svært overvægtige til at være overvægtige.
Vejle	Antal børn: 71 Resultat: Svagt faldende hyppighed af overvægt fra første måling til tredje måling (ved kun at medtage deltagere der har foretaget begge målinger). Fra projektstart til slut ændrer BMI z-scores sig med -0,03 for piger og 0,08 for drenge, mens der ses uændrede niveauer, hvis opgørelsen foretages uden at skelne mellem kønnene. De statistiske tests viser ingen signifikante resultater – dog var den totale ændring i hyppighed af overvægt borderline signifikant (p=0.07)

Af de kommuner, som undersøgte det, dokumenterer flere også en positiv udvikling på mellemliggende effektmål inden for både kost- og motionsvaner (tre kommuner) og trivsel og/eller selvopfattelse (2 kommuner, heraf viser den ene signifikante resultater for selv vurderet trivsel hos børnene (før-efter) (Greve)).

For størstedelen af evalueringerne er der tale om før- og eftermålinger af de deltagende børn uden brug af sammenligningsgrupper – ét projekt anvender en referencegruppe (Greve) og at andet projekt forsøgte at gennemføre et reelt kontrolleret design (bad en anden kommune gennemføre målinger af børn i samme tidsrum som projektet), hvilket dog i praksis ikke fungerede, hvorfor der ikke ligger resultater på denne del (Vejle). Der er således i alt overvejende grad tale om effektmåling ved brug af ikke-eksperimentelle designs. Udsagnskraften fra disse anses generelt for at være på et lavere evidensniveau end eksperimentelle designs..

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). De kommunale evaluatore 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 i projekterne, 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.

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 indsætserne. Dette giver i sidste ende et skævt billede af indsættens effekter, når udelukkende individer, der har gennemført indsættelsen, er inkluderet. Disse udfordringer udgør alt i alt væsentlige forbehold i analysen af indsættens effekter.

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

Evalueringsens 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 indsættens resultater.

9.4 Analyse og vurdering

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

1. *Målsætninger af varierende præcision.* Til trods for at projekttene i 3. udmøntning både opstiller proces- og effektmålsætninger for deres indsætt, synes der at være manglende fokus på målsætninger, som er præcise nok til at kunne være styrende for indsættelsen. Størstedelen af målsætningerne lever ikke op til SMART-kriterierne (dvs. er specifikke, målbare, accepterede, realistiske og tidsbestemte).
2. *Begrænset mulighed for at vurdere effekt.* Det er kun i begrænset omfang muligt at sammenligne projekttens resultater. Ikke mindst fordi den interne validitet af projekttene ofte er lav pga. høje frafaldsprocenter og udelukkende før- og eftermåling registreret for nogle (gennemførte) deltagere. Det er en forudsætning for at sammenligne på tværs, at validiteten af målingerne intern i projekttene er på plads. Dette gør sig i flere tilfælde ikke gældende. Derudover gør indsættens forskellighed i både design og målgruppe, at der er begrænset mulighed for at vurdere en egentlig effekt. Alt i alt vanskeliggør dette egentlig sammenligninger af resultater på tværs af kommuner.

Det er Rambølls vurdering, at projekttens fokus kunne være styrket yderligere, såfremt der havde været opstillet klare målsætninger for især projekttens effekt.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1:	Styregruppens sammensætning
Bilag 2:	Projekternes målsætninger
Bilag 3:	Metodernes kodificering
Bilag 4:	Oversigt over strategier for rekruttering, fastholdelse og opfølgning
Bilag 5:	De generelle indsatser

Bilag 1: Styregruppens sammensætning

I tabellen nedenfor angiver "-", at der ikke har været medlemmer af styregruppen på det pågældende niveau.

Styregrup- pens sam- mensætning	Esbjerg	Fredens- borg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	AAarhus
Politisk niveau	-	-	-	-	-	-	INGEN STY- RE-GRUPPE	-	STYRE- GRUPPE NEDLAGT	-	-	-
Direktørniveau	Direktør for Sund- hed og Omsorg	-	-	Direktør for Børne- og Ungefor- valtning, Di- rektør for Sundheds- området	Direktør for Børn og unge Direktør for Fritidsforvalt- ning	-	-	-	-	-	-	-
Afdelings- niveau	Lederen Sundhedsf- heds- fremme og fore- byggelse, Sundhed og Om- sorg	Sund- hedschef, skolechef, ledende sund- hedsple- jerske, le- der af Fo- rebyggelse og Træning	Leder af Fami- liecenter Di- get; leder af sundhedsple- jen (begge under center- chef for Børn og Familie), sundhedschef (u. Centerchef for Sundhed)	Ledende sundheds- plejerske	Sundhedschef	Børnechef, (Skole- børneforvalt- ningen), leder (Roskilde Sundheds- center), le- dende psyko- log (PPR), le- dende sund- hedsplejerske	-	Sundheds- chef, sous- chef i Børn- og skolefor- valtningen	-	Sundhedschef	Leder af tand- plejen, leder af daginstitu- tion, stedfor- træder for le- der af sund- hedsplejen, souschef for dagplejen	Chef for Viden- center for Sundhed og Triv- sel, le- dende Sund- hedspleje
Projektleder	Ja	Ja	X	Ja	Ja	Ja	-	Ja	-	Ja	Ja (koord.)	Ja (ko- ord.)
Øvrige pro- jektmedlem- mer	Sektions- leder i sundheds- plejen, Børn og Kultur	Skoleleder (pilotskole 1), vice- skoleleder (pilotskole 2))	-	-	Koordinator, Sundheds- tjenesten, ko- ordinator insti- tutionsområ- det, skolein- spektør, re- præsentant for Økonomi	-	-	Forløbskoor- dinatør, konsulent i Børn- og skoleforvalt- ningen	-	Leder af Dag- pasning, leder Tvær-afdeling (PPR og sund- hedsplejen), konsulent i Skoleafdelin- gen, leder fa- milieråd.	Team- koordinator i Sundheds- plejen, børne- ungelæge, læ- rer, sund- hedskonsu- lent, økonomi- sekretær	Sund- hedskon- sulent
Samarbejds- partnere	-	-	-	Praksiskon- sulent	-	Praktiserende læge	-	Afd.leder i Ungdoms- skolen	-	Praktiserende læge	Se ovenfor	-

Bilag 2: Projekternes målsætninger

I de nedenstående tabeller angives projekternes målsætninger opdelt i hhv. effekt, output og procesmål. Så vidt muligt er det projekternes mål/delmål (niveauerne under formål), der er taget udgangspunkt i. Det varierer fra projekt til projekt, hvorledes disse betegnes. Nogle kommuner angiver både mål/delmål og succeskriterier, hvorimod andre udelukkende angiver delmål. For kommuner med både delmål og succeskriterier medtages samtlige succeskriterier og delmål for overblikket skyld ikke i tabellen (idet de er tæt sammenhængende, men med forskellig detaljeringsgrad), men disse er fortsat gennemgået og vurderet i forhold til SMART.

Kommune (indsats)	Effektmål			Outputmål	Mål for proces/organisering
	Effekt på langt sigt	Effekt på mellemlangt sigt	Effekt på kort sigt		
Esbjerg	<u>3. model</u> Det forventes, at 50 % af deltagerne har reduceret deres BMI eller er stagneret i BMI efter endt projektførløb i november 2011.	<u>3. model</u> Det forventes, at minimum 70 % af deltagerne oplever en effekt af indsatsen.		75 % af det maksimale deltagerantal opnås 70 % af deltagerne gennemfører forløbet 70 % af deltagerne gennemfører de planlagte træningsgange 70 % af deltagerne gennemfører de planlagte kostaftner 70 % af deltagerne gennemfører de planlagte coachsamtaler <u>Outputmål for 3. model</u> Det forventes, at 80 % af deltagerne gennemfører projektførløbet.	Alle foreninger i de tre omfattede byer har efter 6 måneder stadig tilbud for målgruppen. At minimum 1 af de i projektperioden opstartede motionstilbud implementeres og forankres i drift efter endt projektperiode. <u>3. model</u> Der opstartes et holdforløb i samarbejde med Ådalskolen og den kommunale sundhedspleje Distrikt Nord bestående af et samtaleforløb samt et træningstilbud senest uge 33 2011. Holdet består af 12 børn.
Fredensborg	Vægtreduktion eller stagnation hos min. 75 % de deltagende børn over projektperioden.	Min 75 % af børnene i målgruppen oplever bedre trivsel efter deltagelse i en eller flere aktiviteter. Min 50 % af de børn, som deltager, har synligt forbedret motorik i forhold til udgangspunktet efter 6 måneder i projektet. Min. 75 % af de børn, som deltager, oplever større glæde ved at bevæge sig.	Logbøger og fokusgruppeinterview skal afspejle, at 85 % af familierne oplever større grad handlekompetence i forhold til familiens sundhed og barnets overvægt.	Samtlige overvægtige børn og børn i risiko for udvikling af overvægt opspores, og 85 % af disse børn deltager i en eller flere aktiviteter. Min 85 % af børnene, der opfordres til at deltage, tager i mod tilbuddet Min 85 %, der er startet i tilbuddet, skal være fastholdt i det efter 6 måneder. Min 60 % fastholdt efter et år.	Projektets forankres i kommunen, og modellen udbredes til andre skoler i kommunen. Tilbuddet om idræt efter skoletid forankres og udbredes til andre skoler Deltagerne i projektet oplever større grad af synergi, sammenhæng og større kendskab til aktiviteter mellem de deltagende afdelinger og instanser.

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på langt sigt	Effekt på mellemlangt sigt	Effekt på kort sigt		
Greve				<u>Sundhedsplejen:</u> Børn indrulleret i projektet: 75 %. Gennemførelsesprocent: 80 % Samtaler hos sundhedsplejekoordinator: 100 % <u>Gymnastik:</u> Børn indrulleret i projektet: 95 %. Gennemførelsesprocent: 75 % Fortsætter i fritidsaktiviteter: 50 % <u>Kostvejledning:</u> Familier indrulleret i projektet: 80 %. Gennemførelsesprocent: 75 % <u>Familiecenter Diget:</u> Familier indrulleret i projektet: 50 %. Gennemførelsesprocent: 75 %	
Køge				At identificere familier med overvægtige børn eller familier med risiko for, at deres børn udvikler overvægt ved brug af et livsstilsbesøg fra sundhedsplejersken til alle familier med et 3½-års barn. At praktiserende læger identificerer familier med overvægtige børn eller med børn i risiko for at udvikle overvægt ved 4-års eller 5-års helbredsundersøgelserne. At børn og forældre via samtale med sundhedsplejen får mulighed for at arbejde med deres hverdag og får mulighed for at udvikle handleplaner/målsætninger i forhold til trivsel, kost og/eller motion. At børn og forældre får tilbudt: - Kostvejledning og praktisk mulighed for at tilberede sunde måltider med andre børn og forældre i lignende situation. - Motionsvejledning og alternative motionstilbud som supplement eller som opstartstiltag i forhold til de etablerede idrætstilbud. At forældre til overvægtige børn eller børn i risiko for at udvikle overvægt får tilbudt:	

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på langt sigt	Effekt på mellemlangt sigt	Effekt på kort sigt		
				- Forældrerådgivning i forhold til styrke og støtte op om deres forældrerolle. - Støtte, sparring og fastholdelse i processen fra forældre med tilsvarende udfordringer, ved at indgå i netværksgrupper.	
Middelfart	At 65 % af de deltagende børn mellem 3 og 6 år har faldende BMI. At 65 % af de deltagende børn mellem 6 og 10 år har faldende eller stagnerende BMI.	At 65 % af de deltagende børn opnår øget trivsel (defineret som psykisk og social sundhed). At 65 % af de deltagende børn er fysisk aktive i bevægelse og leg 60 minutter om dagen svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. At 65 % af de deltagende børn opnår sundere madvaner svarende til Sundhedsstyrelsens anbefalinger om de 8 kostråd.	Forbedre familiernes sundhedsprofil: Hos 75 % af de deltagende forældre. Større handlekompetence hos forældrene: Hos 75 % af de deltagende forældre. Kompetenceudvikling i faggruppe: Fagpersonale skal opnå kompetence til at behandle og til at forståelse problematikker for overvægtige børn i et tværfagligt perspektiv og til at bidrage med egen faglighed ind i familiebehandlingen.	Der skal henvises mindst 20 børn til projektet. Implementere "Du bestemmer" i handleplaner. Det skal kunne ses på metoderne konkret i arbejdet med familierne, at "Du bestemmer"-metoden bruges. At de tilbud, barnet og familien skal gennemgå, er konkrete aktiviteter, der tager udgangspunkt i den enkelte families behov.	Henvisningsprocedure: Der skal ligge PR-materiale, informationsmateriale til forældre, læger m.fl. Procedure for indkaldelse af børn til projektet fra venteliste og etablering af procedure til behandlergruppe. Etablere relevante samarbejdsrelationer mellem interessenter: Der skal være samarbejde med klubber og frivillige organisationer ved projektets midtvejsevaluering Udvikle, afprøve og forbedre kriterier, koncept og metode for familiebehandlingen undervejs med hensyntagen til særligt udsatte og etniske minoriteter: Der skal ved projektafslutning være behandlet 20 børn (og familier i den specifikke del). Udvikle, afprøve og optimere koncept for mentorordning: Der skal være procedurer for • rekruttering • ansættelse • vejledningsmateriale og kurser • supervision til mentorer inden udgangen af (ikke angivet) Udvikle, afprøve og optimere koncept for "sundhedsskole" for familier: Der skal være beskrivelser af formål, indhold, metode samt formelle procedurer ved udgangen af (ikke angivet) Implementere og forankre behandlingstilbuddet i BørneUngeFritids-forvaltningen: Centrale dele af projektets indsatser skal implementeres. At sikre en koordinering af tilbud i det for-

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på langt sigt	Effekt på mellemlangt sigt	Effekt på kort sigt		
					løb barnet og familien derefter skal gennemgå for at opnå de mål, de sætter sig i samarbejdet med faggruppen. At der er udarbejdet koncept for familieindsatsen i den specifikke del – herunder rekruttering, handleplanssamtaler, fællesaktiviteter og mentorordning.
Roskilde	I 2011 er der 2 % fald hos indskolingsbørn, der har en BMI over 90%-percentilen sammenlignet med baseline-målingen i 2008/2009 ved indskolingen.			I årene 2009 og 2011 har i alt 80 familier med børn, der har BMI over 25, haft 2 opfølgingsbesøg af sundhedsplejersken, hvor de er blevet præsenteret for de dialogværktøjer til ændring af vaner. I 2011 har 40 familier været udvekslet mellem almen praksis og sundhedstjenesten. I 2011 har 40 voksne fra familierne været visiteret til et forløb i sundhedscentret fra sundhedsplejerskerne.	
Struer	At deltagerne opnår et vægttab	At deltagerne ændrer sundhedsvaner. At medvirke til at målgruppen får styrket deres sociale relationer.	At støtte målgruppen i at styrke deres mestringsevne og handlekompetence. At bidrage til at målgruppen skaber sig en meningsfuld dagligdag.		
Tønder	At mindst 50 % af deltagerne har tabt sig eller som minimum har bremset vægtudviklingen. At mindst 40 % af deltagerne har fastholdt vægttabet et år efter endt deltagelse på vægttabsholdet.	At mindst 70 % af deltagerne fortsat er fysisk aktive efter endt deltagelse på vægttabsholdet. At mindst 50 % af deltagerne fortsat er fysisk aktive et år efter endt deltagelse på vægttabsholdet.		At mindst 60 % af deltagerne gennemfører forløbet.	

Kommune (indsats)	Effektmål			Outputmål	Mål for proces / organisering
	Effekt på langt sigt	Effekt på mellemlangt sigt	Effekt på kort sigt		
Vejen		At skabe grundlag for et vægttab hos eleverne. At øge de overvægtiges selvopfattelse. At styrke deltagernes selvværd. At forbedre deltagernes generelle trivsel. At øge deltagernes oplevelse af at kunne påvirke egen situation. At øge deltagernes hand- lekompetence. At øge deltagernes lyst til bedre motionsvaner. At deltagerne opnår bedre kostvaner. At give deltagerne en bredere opfattelse af begrebet sundhed.			
Vejle	70 % af børnene har tabt sig, eller der har ikke været tale om vægtøgning.	70 % af børnene har fået lyst og interesse for at bevæge sig. 70 % af børnene har ændret vaner i forhold til hverdagsmotion (lege, gå, cykle). 70 % af børnene spiser mindre fedt og sukker. 70 % af børnene spiser mere frugt og grønt. 70 % af børnene har lært at sige fra over for slik og sodavand. 70 % af børnene oplever bedre trivsel.	Familierne har fået brugbar viden om kost og motion. Familierne har fået handlekompetence til at ændre hverdagsvaner i forhold til kost og motion. Forældrene har fået ændret deres forældrerolle vedr. grænsesætning.	50 % af børnene er engageret i et af de organiserede tilbud.	Der er udarbejdet kvalitetsstandarder og nedskrevne retningslinjer for arbejdet med overvægtige børn, både vedrørende indsatsen og samarbejdet.

Kommune (indsats)	Effekt mål			Output mål	Mål for proces / organisering
	Effekt på langt sigt	Effekt på mellemlangt sigt	Effekt på kort sigt		
Aalborg	At 30 % af de visiterede børns BMI falder til at være inden for normalområdet. At andelen af overvægtige førskolebørn i det udvalgte småbørnsdistrikt stagnerer.		At forældrene til de visiterede børn bevidstgøres om årsager og baggrund for overvægt samt bibringes handlekompetence i forhold til barnets og evt. øvrig overvægt i familien. At barnets øvrige primære arenaer bevidstgøres om årsager og baggrund for overvægt.		Samarbejdspartnere kender og anvender tilbuddet med tilfredshed. Udarbejdes retningslinjer for identifikation af overvægtige førskolebørn. Behandlingstilbuddet etableres og planlægges i barnets nærmiljø og med udgangspunkt og samarbejde med de tilstedeværende ressourcer – familien, diætist, sundhedsplejerske, børne- og ungelæge, pædagog eller dagpleje, det frivillige foreningsliv, kommunale idrætsanlæg mv. At henvisningskanalerne er kendte og anvendes hos alle interessenter. At der er tilfredshed med samarbejdet om henvisningsproceduren blandt interessenterne. At der blandt interessenterne er tilfredshed med det etablerede tilbud At der blandt de deltagende parter i behandlingstilbuddet er tilfredshed med samarbejdet og indholdet af behandlingsforløbet.
AAarhus		At 90 % af de deltagende børn scorer >6 (svar gående fra 1 – 10) på selvrapporterede trivsels-spørgsmål vedr. sundhed og skole (der er tale om obligatoriske spørgsmål for alle elever ved undersøgelsen hos sundhedsplejerske i 1. kl. i AAarhus Kommune)	At udvikle deltagende familiers handlekompetence. At udvikle handlekompetence hos fagpersoner der arbejder med behandling af overvægt hos børn og unge.	At hovedparten af familier med svært overvægtige børn ved indskolingen ønsker at deltage i "Fedt for fight". At inddraget (behovsorienteret) øvrige relevante aktører i behandlingstilbuddet – fx socialforvaltningen, frivillige idrætsinstruktører, fagpersoner i skolen og dagtilbud m.fl.	At udvikle og forankre et struktureret behandlingstilbud til svært overvægtige børn og unge i den kommunale sundhedstjeneste. At udvikle og forankre et formaliseret samarbejde om behandling af svært overvægtige børn mellem sundhedsvæsenets primære og sekundære sektorer. At mindst 70 % af de svært overvægtige børn ved indskolingen deltager i behandlingstilbuddet "Fedt for Fight".

Bilag 3: Metodernes kodificering

Vurderingskategorier i skemaet angiver følgende:

Ja: Det beskrives eksplicit i det skriftlige materiale fra projektet

Delvis: Det antydes at gøre sig gældende, men er mangelfuldt beskrevet i det skriftlige materiale fra projektet

Nej: Det er ikke tilstrækkeligt beskrevet i det skriftlige materiale fra projektet.

	Esbjerg ³⁶	Fredensborg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	Aarhus
Målgruppe. Hvilke karakteristika kendetegner målgruppen?	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Effekter. Hvilke typer effekter skaber programmet?	Ja	Ja	Ja	Nej (ingen kvantitative resultater)	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja
Uddannelses- og kompetenceprofil hos udøverne. Hvad er minimumskrav til deres uddannelsesbaggrund, efteruddannelse, erfaring, certificeringer	Delvis	Ja/Delvis	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Nej	Delvis	Ja	?	Ja
Teoretisk grundlag. Hvilket teoretisk fundament hviler metoden på?	Nej	Ja	Ja	Ja	Delvis (primært metoder som beskrives og ikke teori (men disse bunder jo i teori))	Ja	Ja	Delvis (primært metoder som beskrives og ikke teori (men disse bunder jo i teori))	Delvist	Ja	Ja	Ja
Empirisk grundlag. Er der tidlige-	Delvis (bl.a. anden	Ja	Delvis (bl.a. anden	Delvis	Delvis	Delvis (bl.a. anden	Ja/delvis	Ja/Delvis	Ja/Delvis	Delvis	Delvis	Delvis

³⁶ Der tages udgangspunkt i model 3, som er den sidste afprøvede model i Esbjerg (som de forventer at forankre).

	Esbjerg ³⁶	Fredens- borg	Greve	Køge	Middelfart	Roskilde	Struer	Tønder	Vejen	Vejle	Aalborg	Aarhus
re erfaringer, forskning mv. som sandsynliggør, at indsatsen kan lykkes?	kommune)		kommune)			kommune)						
<i>Pædagogisk/psykologisk metode.</i> Er der bestemte metoder, som anvendes?	Delvis	Ja	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Varighed.</i> Hvad er den tidsmæssige tilrettelæggelse (dage, uger, måneder, år)?	Ja	Delvis (det fremhæves, at der er meget varierende forløb)	Ja	Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis (det fremhæves, at der er meget varierende forløb)	Ja
<i>Lokalitet.</i> Er der særlige forhold om lokalitet som er væsentlige?	Delvis	Ja	Nej (ikke angivet)	Nej (ikke angivet)	Nej	Ja	Delvis	Delvis	Delvis	Delvis	Nej	Ja
<i>Sekvens.</i> Hvilke faser er der i forløbet, og hvad er de centrale milepæle?	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Ja	Ja	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)	Delvis (centrale milepæle beskrives ikke)
<i>Teknologi og værktøjer.</i> Hvilke værktøjer bruges og til hvilke formål?	Ja/Delvis	Ja/Delvis	Ja/Delvis (sundhedsplejersker efterspørger redskaber)	Ja/Delvis	Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Delvis	Ja	Ja
<i>Omkostninger ved forløbet.</i> Hvad koster et gennemsnitligt forløb?	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej	Delvis	Ja

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

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
Esbjerg	Udgangspunkt i sundhedsplejerskens højde-/vækstkurver. Henvisningsvejledning baseret på BMI. Generelle henvisningskriterier: - Motiverede børn og forældre - Børn med familiær overvægtshistorik - Overvægtige og fede 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 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.
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 pilot skole, pga. manglende tilslutning) <i>Også fokus på motorisk svage, idrætsusikre børn i starten (motorikscreenet efter Movement Assessment Battery for Children modellen), men dette blev ændret.</i>	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 med samtale: Sundhedsplejersker på projektskoler gennemfører screeninger og visitationssamtaler (fokus på motivation).	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse via opfølgnings-/ reminder-sms'er.	Ingen opfølgning.
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	Sundhedsplejersker visiterer til indsatsen (via BMI-kurver)	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Fastholdelse via telefonisk/personlig kontakt (sundhedsformidlere).	Ingen opfølgning.

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
		avis synliggøres projektet. Der er udarbejdet pjecer til at ligge ved prak. læge, skoletandlæge, sundhedsplejersker, sundhedscafeen.			
Køge	Målgruppen er 3-6-årige med særligt fokus på 3½-årige. Motiverede familier, som ønsker at gøre deres livsstil sundere, får mulighed for et relevant og passende tilbud.	Mulighed for ekstra indsats tilbyde familier ved 3½-års 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.
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, børnetereapeuter og andre ansatte i børn- og 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.
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. <i>Endvidere er opstillet sekundære og tertiære kriterier, som for</i>	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 'Sundhedsbus-sen', et åbent tilbud om 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 om 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 ef-	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	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
	<i>overskuelighedens skyld ikke gengives her.</i>		ter første besøg udføres 2. opfølgningsbesøg.		
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 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.
Tønder	Inklusionskriterier: Unge i alderen 13-18 år. Synlig overvægt fx i form af "bildæk" og "badering" om maven. Unge med en overvægtsgrad over 90 %- percentilen. Herudover skal deltagerne være motiverede for at deltage, og de skal kunne indgå i sociale sammenhænge med andre deltagere. Den unge skal have en støtteperson 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 ændret, så 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.
Vejen	Elever i 5.-10. kl. med BMI over 23, som samtidig er kede af deres	Sundhedsplejerskerne visiterer eleverne til projektet. Lærere hjælper	Delvis visitation. Sundhedsplejersker visiterer og børn/forældre	Ingen formel fastholdelsesstrategi.	Ingen opfølgning

Kommune	Identifikation	Rekruttering	Visitation	Fastholdelse	Opfølgning
	vægt.	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.	kan også selv kontakte og tilmelde sig.	Indirekte fastholdelse via engagerede sundhedsinstruktører (og den anvendte metode).	
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. Daginstitutionerne 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 1/2 år af kontaktpersonen.
Ålborg	BMI over 90 %-percentilen med motiverede forældre. Målgruppen på 2-5-årige blev udvidet til 2-6 år 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 aktører omkring børnene er informeret via skriftlig og personlig henvendelse, opsøgende arbejde og vejledning ift. opsporing og rekruttering.	Visitation med visitationssamtale. Alle aktører omkring barnet kan henvise til visitationssamtale med overvægtskoordinator.	Ingen formel fastholdelsesstrategi. Indirekte fastholdelse via projektets metoder.	Etablering af opfølgningsmøde efter endt projektdeltagelse (efter familier efterspurgt dette).
AAarhus	Fedt for Fight tilbydes ved indskolingsundersøgelsen systematisk til alle familier med børn med et alders- og kønskorregeret Body Mass Index (BMI) ≥ 30 . I projektinterventionen inddrages 0. klasserne fra skoleåret 2008/2009 og 2009/2010. (På kommunens 3 specialskoler kan skolesundhedsplejerske vurdere relevansen af tilbuddet ift. den enkelte familie)	Sundhedsplejerske 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 (FFFS), der synliggør og promoverer aktiviteterne.	Visitation via skolesundhedsplejerske. Elektroniske henvisninger fra skolesundhedsplejerske sendes til projektkoordinator, som videre sender til en FFFS-sundhedsplejerske. Henvisningen er omkring koordinator grundet logistisk, evaluering og kvalitets sikring.	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.

Bilag 5: De generelle indsatser

I nærværende bilag gennemgås de generelle indsatser for de to projekter fra 2. udmøntning, som indgår (grundet projektforlængelse) i denne tværgående evaluering af 3. udmøntningsprojekterne.

De kommunale generelle indsatser

Nedenfor ses en oversigt over de evaluerede kommuner Vejle og Middelfarts generelle indsatser. Oversigten indeholder en kort beskrivelse af indsatserne, herunder deres målgrupper og aktiviteter og projekternes centrale samarbejdspartnere.

Tabel 4 Oversigt over projekternes indhold – generelle indsatser (Middelfart og Vejle kommuner)

Kommune	Middelfart	Vejle
Projekttitel	Sundhed med omtanke	Sunde vaner fra barnsben
Målgruppe: Generel	Alle børn i daginstitutioner. Alle børn fra 0. til 3. klasse på skoler. Medarbejdere i daginstitutioner, medarbejdere på skoler og i skolefritidsordninger.	2-3-årige børns forældre (børn født i 2005-2007)
Aktiviteter: Generel	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.	Livsstilsbesøg Alle forældre til børn født i 2005-2007 har fået tilbudt et livsstilsbesøg af sundhedsplejersken. Forældrekursus Forældrene fik ved 3½ års besøg tilbud om at deltage i et forældrekursus med 4 kursusaftener. Kursusrækken bestod af følgende elementer: 1. Forælderrollen: Ernæring 2. Forælderrollen: Bevægelse 3. Forælderrollen: At løse konflikter 4. Forælderrollen: 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 erfaringsudveksling forældrene imellem. Fælles stormøde Årligt stormøde for forældre (forskellige foredragsholdere)
Varighed	<i>Ikke specificeret</i>	Livsstilsbesøg (et besøg) Forældrekursus á fire kursusaftener (2 timers varighed)
Samarbejdspartnere	Daginstitutioner, skoler	Sundhedsplejen

Organisering og forankring

Flere af de overordnede konklusion i det primære organiserings- og forankringskapitel går igen for nærværende to projekter (de indgår i afrapporteringen af hovedkapitlet vedr. organisation og forankring).

De to kommuner har på forskellig vis haft en organisatorisk afgrænsning mellem den generelle og den specifikke indsats: Vejle har haft to sideløbende projektgrupper for hhv. den generelle og specifikke indsats, og der har ikke været udpræget interaktion mellem de to grupper. Middelfart har haft en fælles projektgruppe (og således mere naturlig interaktion mellem den generelle og den specifikke), men den specifikke indsats og den generelle indsats har i praksis været forankret i to forskellige afdelinger hhv. Sundhedstjenesten i Børne- og ungeforvaltningen (specifik) og Sundhedsafdelingen i Socialforvaltningen.

Forankringen af de generelle indsatser

Der er primært eksempler på strukturelle forankringstiltag i de to kommuners generelle indsatser. Dels har der været fokus på at anvende fastansat personale, dels har særligt det ene projekt haft et struktureret fokus på fremdrift og implementeringsovervejelser undervejs ved at planlægge og gennemføre en midtvejsevaluering. Kommunen pilottestede sin generelle indsats og gjorde midtvejs i projektet status, hvorefter projektet blev tilrettet.

Der er delvis forankring af de generelle indsatser i begge kommuner. Forældrekurserne fortsætter i Vejle. Endvidere fremhæves det, at den kompetenceudvikling, som projektpersonalet har modtaget, bevares i organisationen som følge af, at alle er fastansatte i kommunen (Vejle).

I Middelfart er der etableret et netværk for ressourcepersoner på kost- og bevægelsesområdet i kommunens daginstitutioner, som fortsætter efter projektperioden. Endvidere fortsættes arbejde med at kortlægge skoleelevers sundhed for at kunne planlægge fremadrettede, forebyggende og sundhedsfremmende tiltag (Middelfart).

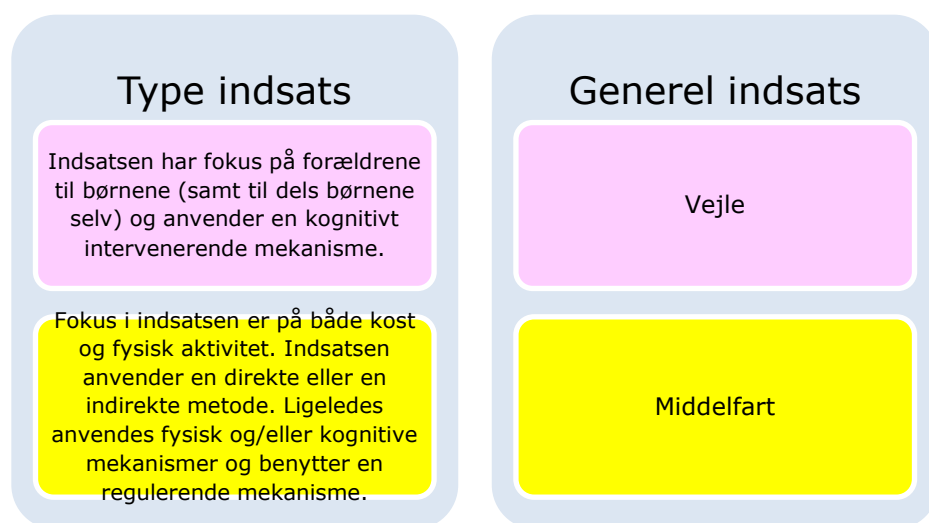
Løbende information om projektet og særligt fokus på hurtig information af nytilkomne i projektet (fx ved lederskift hos samarbejdspartnere) er et typisk anvendt processult forankringstiltag i projekterne for at sikre åbenhed og ejerskab til indsatsen.

Synergi mellem generel og specifik indsats

På trods af at der for begge projekter har været tale om to forskellige indsatser, finder begge projektledere, at der er en værdi i både at have en generel og specifik indsats i kommunen. Det giver en større udbredelse af projektet i kommunen og mere kendskab til dets aktiviteter, hvilket skaber grobund for større udbredelse og forankring af projektet.

Metoder, mekanismer og tilrettelæggelse

Tabel 2 Oversigt over kategorier for brug af metoder og mekanismer



De to projekter fra 2. udmøntning har haft forskellige generelle indsatser. Hvor Middelfarts vægtning af den generelle indsats primært er gået på politikudvikling og således en indsats med et *regulerende aspekt* (den gule kategori i ovenstående figur) indeholdende ændringer på et strukturelt plan, har Vejle i højere grad haft en kognitiv intervenserende tilgang, hvor det er forældrene som er i fokus for indsatsen (den lyserøde kategori i ovenstående figur).

Der har i begge kommuner været tale om indirekte metoder til håndtering af overvægtsproblematikken, hvor hhv. primært professionelle (Middelfart) og forældre (Vejle) har været i fokus.

Tabel 3 Anvendt teori

	Teoretisk fundament
Middelfart	<i>Ikke specificeret for den generelle indsats</i>
Vejle	<i>Ikke specificeret for den generelle indsats</i>

Idet fokus er meget forskelligt i de to generelle indsatser, har den anvendte teori også været det. Det ene projekt har fokuseret på én teori i tilgangen til forældrene som målgruppe, hvorimod det andet projekt er ikke eksplicit om sin teoribrug i forhold til den generelle indsats. Generelt har der været fokus på at øge viden om kost og bevægelse hos fagpersonalet. Endvidere afprøvedes forskellige modeller for netværksdannelse. Efter midtvejsevalueringen tilrettede dette projekt sin undervisning, så det blev målrettet henholdsvis skoler og daginstitutioner, idet erfaringen viste, at disse grupper havde behov for at fokusere forskelligt i forhold til emnerne.

Aktører og opgaver

De to meget forskellige tilgange i de to projekter har også betydning for, hvilke aktører der har været involveret og deres opgaver i projektet. Endvidere er indsatserne på tværs af de to kommuner foregået i vidt forskellige arenaer.

Vejle skiller sig ud ved at foregå i privat regi, hvorimod Middelfart foregår i professionelt regi, hvilket er karakteristisk for de generelle indsatser i 2. udmøntning i øvrigt (jf. 2. tværgående evalueringsrapport), som også oftest foregik i skoler og daginstitutioner.

Tabel 4 Arenaer for generelle indsatser

	Arena: Daginstitution	Arena: Skole	Arena: Hjem	Arena: Fritidstilbud
Middelfart	x	x		
Vejle			x	

Samarbejdspartnere i de generelle indsatser

Aktørerne i de specifikke indsatser i de to kommuner har udelukkende været kommunale aktører. Heraf er sundhedsplejerskerne de primære i Vejles projekt, hvorimod det er projektgruppen i sig selv som har forestået den generelle indsats over for personalet i daginstitutioner og skoler i Middelfart. Dagsinstitutioner og skoler har således i højere grad været en målgruppe, men dog samtidig en målgruppe, hvor der har været behov for ledelsesmæssigt samarbejde med de involverede skoler og daginstitutioner for at sikre opbakning til projektet lokalt.

Alt i alt er der positiv feedback i forhold til projektledernes oplevelse af samarbejdet med de involverede aktører. I de tilfælde der har været udfordringer i samarbejdet, har dette omhandlet fx gentagne lederskift i fx sundhedsplejen, hvilket har været en barriere for fremdriften og ejerskabet til projektet. I sådanne situationer fremhæves det, at det er vigtigt med processuelle forankringstiltag såsom god og hurtig information til nye ledere om projektet, så mulige barrierer og spørgsmål afklares hurtigst muligt (Vejle).

Kompetenceudvikling

Der har i begge projekter indgået kompetenceudvikling i den generelle indsats. I det ene projekt har fokus for kompetenceudviklingen været at styrke både projektmedarbejdere og sundhedsplejen generelt i forhold til afviklingen af de specifikke aktiviteter i indsatsen (forældrekurser og livsstilsbesøg). I det andet projekt har kompetenceudviklingen fokuseret på opkvalificering af fagpersonalet på de involverede institutioner for at øge deres kompetencer inden for kost og bevægelse (Middelfart).

Tabel 5 Kompetenceudvikling i de generelle indsatser

Kommune	Type kompetenceudvikling	Omfang	Antal
Middelfart	Temaundervisning om mad og bevægelse: 1. Sund mad og gode måltider. Leg, bevægelse og overvægt. Den svære samtale. 2. Mad, opmærksomhed og sansemotorik.	Generel del: 2x2 dage a 8 timer for pædagoger og lærere. 2x4 timer for pædagoger.	ca. 100 fagpersoner
Vejle	Den motiverende samtale Kompetenceudvikling af projektmedarbejdere (ikke	Den motiverende samtale: 1,5-8 dage afhængigt af målgruppe (ikke nærme-	Den motiverende samtale: Alle i sundhedsplejen (42 personer)

	nærmere specificeret)	re specificeret). Kompetenceudvikling af projektmedarbejdere: min. 9 dage (ikke nærmere specificeret)	Kompetenceudvikling af projektmedarbejdere.
--	-----------------------	--	--

Der har ikke været opfølgning på kompetenceudviklingen i form af at undersøge, hvorvidt denne rent faktisk har ført til øget viden og kompetencer hos deltagerne.

Målsætninger og resultater

Nedenfor ses en vurdering af målsætningerne i de generelle indsatser.

Kommuner	Procesmålsætninger		Effektmålsætninger	
	Er disse til stede?	SMART-sikret	Er disse til stede?	SMART-sikret
Middelfart	Ja	Nej	Nej	-
Vejle	Ja	Nej	Ja	Nej

I og med at der er tale om generelle indsatser, er det ikke overraskende, at der i højere grad er fokus på procesmål frem for effektmål. Der er eksempelvis store metodiske udfordringer i at måle effekten af strukturelle indsatser såsom kostpolitikker i daginstitutioner på den endelige målgruppe (børnene).

Hverken proces- og effektmålsætningerne lever dog ikke op til SMART-kriterierne i de to kommuners generelle indsatser.

Resultater

Det er et generelt fund på tvær af kommunerne i nærværende pulje (og ikke udelukkende Vejle og Middelfart), at kvantificerbare resultater primært er belyst for kommunernes specifikke indsatser. Også for Vejle og Middelfart er der tale om en processuel evaluering af deres generelle indsats i deres egen-evaluering. Resultaterne heraf opsummeres kort i den nedenstående boks.

Resultater – de generelle indsatser

Middelfart

"Det kan ikke konkluderes, om det er de indførte politikker, der har skabt en ændret effekt på kost- og bevægelsesområdet. Der observeres flere aktiviteter i skolegården på indskolingsniveau, der er en del elever, der køber mad i kantinen. Institutionerne har i højere grad udarbejdet kost- end bevægelsespolitikker. Alle daginstitutioner og færre skoler har udarbejdet en kostpolitik. Der er flere skoler, der har udarbejdet en kostpolitik end en bevægelsespolitik. En stor del af daginstitutionerne har formuleret politikkerne i udviklingsplanen. Forskydningen mod kostpolitikken kan skyldes, at institutionerne har set udfordringerne, især i at skulle formulere politikker på kostområdet." (Middelfarts egnevaluering)

Vejle

"Den generelle indsats ventes at minimere antallet af overvægtige ved skolestart, så der bliver færre i målgruppen for den specifikke indsats. Grundet projektperiodens længde har det ikke været muligt at dokumentere og evaluere, da de første årgange af børn og familier i den generelle del først starter i skole i skoleåret 2011/2012. Tilmed var der få deltagere i forældrekurserne i det første projektår. Da sundhedsplejen fortløbende vil opsamle indskolingsdata – bortset fra taljemåling - har vi muligheden, hvis ressourcerne tillader det, at undersøge sammenhængen mellem den generelle og specifikke indsats." (Vejles slutevalueringsskabelon)

Opsummering

De generelle indsatser i de to kommuner har trods deres forskellige brug af mekanismer begge søgt at sikre et øget fokus på sundhed blandt børn i deres kommune. Enten ved at tage strukturelt fat i indsatsen på skoler og i institutioner eller ved at øge viden hos forældrene om, hvordan deres børns sundhed øges.

Alt i alt har de generelle indsatser været med til at sætte fokus på hele satspulje-projektet i de to kommuner (og dermed også deres specifikke indsatser). Involveringen af mange forskellige fagpersoner (sundhedsplejersker, pædagogisk personale i skoler/daginstitutioner mv.) i projekterne har været med til at sikre et bredere kendskabet til projektet i kommunen.