

NOTAT

MIDTVEJSRAPPORT – EVALUERING AF FOREBYGGENDE INDSATSER FOR OVERVÆGTIGE BØRN OG UNGE

MODELKOMMUNEPROJEKTET

NETE KROGSGAARD NISS
TINA TERMANSEN

KØBENHAVN 2014

MIDTVEJSRAPPORT – EVALUERING AF FOREBYGGENDE INDSATSER FOR
OVERVÆGTIGE BØRN OG UNGE
MODELKOMMUNEPROJEKTET
Afdelingsleder: Mette Deding
Afdelingen for kontrollerede forsøg

© 2014 SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd

SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd
Herluf Trolles Gade 11
1052 København K
Tlf. 33 48 08 00
sfi@sfi.dk
www.sfi.dk

SFI's publikationer kan frit citeres med tydelig angivelse af kilden.

SFI-notater skal danne grundlag for en faglig diskussion. SFI-notater er foreløbige resultater, og læseren bør derfor være opmærksom på, at de endelige resultater og fortolkninger fra projektet vil kunne afvige fra notatet.

INDHOLD

1	BAGGRUND OG FORMÅL	5
	Modelkommuneprojektet	5
	Baggrund for undersøgelsen	6
	Rapportens opbygning	7
2	METODE	9
	Evalueringsdesign	9
	Datagrundlag	9
	Effektmål	11
3	SAMLET ANALYSE	15
	Fordeling på kommuner	17
4	BEST PRACTICE I FORHOLD TIL VÆGTTAB	21
5	TYPISKE UDFORDRINGER	25
	Rekruttering	25

	Fastholdelse	28
	Best practice i forhold til rekruttering og fastholdelse	30
6	INDSATSBEKRIVELSER OG RESULTATER I MODELKOMMUNERNE	31
	Solrød: Mod Målet	31
	Vejen: Sund Ung	35
	Vesthimmerland: Så letter vi!	39
	Holbæk: Så letter vi	43
	Randers: Nu rykker vi!	45
	Tønder: Godt for mig	50
	Svendborg: Sunde Unge – Svendborg	55
	Langeland: sundhedsgruppen	60
	Vallensbæk: Feel the power	61
	BILAG	67
	Bilag 1 Satspulje	68
	Bilag 2 BMI	73
	LITTERATUR	75

BAGGRUND OG FORMÅL

Regeringen og satspuljepartierne har fra 2012-2015 afsat midler til at styrke den forebyggende indsats for børn og unge vedrørende tidlig opsporing og indsats for børn og unge med begyndende overvægt, herunder ved udvikling af ni modelprojekter i forskellige kommuner. Denne rapport beskriver de foreløbige resultater af evalueringen af dette modelkommuneprojekt.

MODELKOMMUNEPROJEKTET

De ni kommunale modelprojekter, som tilsammen udgør modelkommuneprojektet, er alle rettet mod børn og unge på 12-15 år, dvs. i 6.-9. klasse. I denne rapport omtales de for læsevenlighedens skyld som 'unge'. Derudover har delprojekterne en række fællestræk, som har baggrund i de betingelser, der blev opstillet for tildeling af satspuljemidler. Betingelserne er blevet stillet op på baggrund af den tilgængelige viden om, hvad der virker i indsatser for overvægtige børn og unge med det formål at fokusere indsatserne.

Der er tale om forebyggende indsatser med fokus på sundhed i bred forstand, både psykosociale forhold og vægt. Der er altså ikke tale om "slankekur", men brede indsatser med formålet at gøre de unge bedre i stand til at mestre en sundere livsstil og træffe egne valg. Derfor er mål om selvværd og livskvalitet mindst lige så vigtige som mål om vægtudvikling. Følgende betingelser har ligeledes været centrale og er en del af alle projekterne:

- Forældreinddragelse i indsatsen

- Opfølgning til de unge under 18 år
- Tværfaglighed og samarbejde.

For yderligere information om udmøntningen af satspuljemidlerne til modelkommuneprojektet henvises til bilag 1.

De fleste indsatser består af hold, og de varer mellem 3-12 måneder plus efterfølgende opfølgning.

Midlerne blev bevilliget i august 2012, hvorefter nogle af kommunerne gik i gang med rekrutteringen til projekterne umiddelbart efter, mens andre kommuner først skulle udvikle og planlægge deres indsats i detaljer, før de startede.

Evalueringsudbuddet kom tidsmæssigt efter udmøntningen af midlerne til modelkommuneprojekterne. SFI blev derfor først udvalgt som evaluator i april 2013, hvorefter spørgeskemaer mv. hurtigt blev udviklet og klargjort til brug. Nogle kommuner var på det tidspunkt allerede startet med deres indsatser. Dette er baggrunden for, at der ikke er indsamlet startdata for de første hold i disse projekter.

BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN

Undersøgelser viser, at overvægtsproblematikker generelt ikke kan betragtes uafhængigt af barnets psykosociale og fysiske trivsel (jf. Sundhedsstyrelsen, 2010). For eksempel viser en rapport fra Sundhedsstyrelsen (2010), at overvægtige børn bl.a. oftere føler sig ensomme, har flere sygedage og er mindre glade for at gå i skole end andre børn.

Ligeledes har relationen mellem barn og forældre vist sig at have stor betydning for børns udvikling af overvægt, og risikoen for børn, der vokser op med overvægtige forældre, for selv at blive overvægtige, er fire gange større end for andre børn (Bonke & Greve, 2010). Forebyggende indsatser, som involverer barnets forældre, er derfor essentielle for at støtte børn og unge til et sundere hverdagsliv.

Hvad mere er, forbliver 70 pct. af de, der har været overvægtige som børn eller unge, overvægtige i deres voksenliv, og overfører således livsstilsproblematikker og sundhedsrisici fra barndommen til voksenalderen (Hjerteforeningen, 2004; Ovesen, 2006; Reilly, 2006). Det er derfor helt afgørende med tidlig indsats over for unge med uhensigtsmæssig vægtudvikling.

Det er afgørende, at fokus på forandring ikke rettes på barnets vægtudvikling alene. I denne evaluering anlægger vi derfor et bredere perspektiv på målingen af barnets sundhed og udvikling, hvor barnets sundhed sættes i forbindelse til barnets psykosociale trivsel.

RAPPORTENS OPBYGNING

Rapporten er bygget op således, at denne indledning efterfølges af et metodeafsnit, hvor det overordnede evalueringsdesign, datagrundlaget og de anvendte effektmål beskrives.

Dernæst følger en samlet analyse på tværs af kommunerne (kapitel 3), og det fremhæves derefter i kapitel 4, hvilke projekter der har særligt gode resultater, og hvilke karakteristika der kendetegner netop disse projekter.

I kapitel 5 er der analyser i forhold til rekruttering og fastholdelse, som er typiske udfordringer i projekterne.

Til sidst beskrives og analyseres hvert modelprojekt for sig i kapitel 6. Heri analyseres hovedresultaterne ift. de unges livskvalitet, selv-værd, selvopfattet handleevne og styrker, vanskeligheder, vægtudvikling og sundhed.

METODE

EVALUERINGSDESIGN

Evalueringen foretages med et mixed methods design, som en kombination af kvalitativ og kvantitativ metode. Indsatsen i hvert enkelt modelprojekt beskrives kvalitativt i en indsatsbeskrivelse for hvert projekt. Samtidig bruges før- og efterspørgeskemadata til at udtrække en række kvantitative resultater om psykisk og fysisk sundhed for hvert projekt samt til en overordnet analyse. I spørgeskemaerne er der også nogle åbne spørgsmål om frafald mv., som analyseres kvalitativt. I nedenstående afsnit er de enkelte datakilder beskrevet.

DATAGRUNDLAG

Følgende kilder er anvendt i denne midtvejsrapport:

- Projektbeskrivelser indsendt fra de kommunale projektledere
- Spørgeskemadata fra deltagende unge
- Spørgeskemadata fra sundhedsplejersker, inkl. højde- og vægtmålinger – ved opstart og afslutning af projektet
- Data om registrerede ikke-deltagere, dvs. unge, som har fået tilbudt at være med i projektet, men som har sagt nej tak.

Projektbeskrivelserne for delprojekterne er tilsendt fra de respektive projektledere. De er kendetegnet ved at være meget forskellige, idet der ikke har været en fast skabelon for dem. For at det ikke skulle være en ekstra opgave for projektlederne, har de haft muligheden for at indsende, hvad de

havde i forvejen af projektbeskrivelse. Nogle har bedt os om at anvende den oprindelige projektbeskrivelse fra ansøgningen om satspuljemidler, og bekræftet, at de faktisk gør som beskrevet i den. Nogle har tilrettet den oprindelige projektbeskrivelse, da der har været ændringer. Andre har indsendt projektbeskrivelser lavet senere som værktøj i projektgruppen eller som en folder til de unge og deres forældre. I mange tilfælde har vi haft flere kilder vedrørende det enkelte projekt.

Indsatsbeskrivelserne i denne rapport er disponeret med ens overskrifter, men afspejler i øvrigt forskelligheden i det tilsendte materiale, idet nogle beskrivelser er relativt korte, og andre er relativt lange. Hvor vi har haft detaljer om indsatsen, som er vurderet at kunne have relevans for andre kommuner, er de taget med.

Alle indsatsbeskrivelser er blevet gennemlæst af projektlederen med henblik på at rette eventuelle misforståelser og uddybe enkelte forhold.

Spørgeskemaer til de unge udfyldes elektronisk ved projektets opstart og afslutning.¹ Skemaerne indeholder spørgsmål om selvopfattet sundhed, kost, motion, livskvalitet, selvværd, selvopfattet handleevne, styrker, vanskeligheder og oplevet udbytte. I analysen i denne rapport medtages kun data fra de unge, som har gennemført projektet og har udfyldt både start- og slutschemaet. Det drejer sig om i alt 77 unge², fordelt på alle projekterne, det vil sige et relativt lille antal på hvert projekt. Nogle projekter var startet op, inden spørgeskemaerne lå klar, og der foreligger derfor ikke startskemaer for disse unge.

Udfyldelsen af spørgeskemaet er typisk sket i forbindelse med et møde eller en samtale med sundhedsplejersken, som dermed har sikret, at de fleste unge har besvaret skemaet. Der er dog enkelte, der ikke har udfyldt enten start- eller slutschemaet, hvilket har relativt stor betydning, da der er få unge i hvert projekt.

Derudover har problemer med datakvaliteten gjort, at enkelte unge ikke er blevet registreret rigtigt, så deres før- og efterdata ikke kan kobles sammen. Det er typisk, hvis cpr-nummeret ikke er indtastet korrekt, og det ikke har været muligt med sikkerhed at regne den rette sammenhæng ud. Der kan også være unge, hvor der er indtastet oplysninger flere gange, her er den ene blevet slettet.

De unge, som er faldet fra projektet, har også skullet udfylde et skema med fokus på begrundelsen for frafaldet, hvilket ligeledes er behandlet i analysen.

Spørgeskemaer til sundhedsplejersken omhandler barnets vægt og højde ved projektets start og afslutning, og desuden er der en række spørgsmål om barnet og forældrenes deltagelse i aktiviteterne. Hvis projektet

1. Der findes også opfølgningsskemaer, men de er endnu ikke udfyldt, da projekterne ikke har kørt længe nok.

2. Spørgsmålet om selvoplevet sundhed er dog kun besvaret af 69 unge.

var startet op, inden spørgeskemaerne lå klar, har de alligevel noteret højde og vægt inden projektet og indsendt oplysningerne. Derfor er der lidt flere unge med start- og slutdata på dette parameter, nemlig 94.

Der er de samme vanskeligheder med datakvaliteten og manglende udfyldelse for enkelte unge, som der gælder for de unges skemaer. Hvis der har været førdato for højde og vægt på samme barn på både spørgeskema og indsendt i separate ark, er der givet forrang for spørgeskemadata.

Al spørgeskemadata er trukket den 7. april 2014.

Registrering af ikke-deltagere er foregået på den måde, at sundhedsplejerskerne har noteret de unge, der har sagt nej tak, herunder enkelte ting om kontakten med familien og årsagen til, at de ikke ønsker at deltage i projektet. Det er dog ikke gjort helt systematisk. Nogle steder rekrutterer de i høj grad på fællesmøder, hvor man ikke snakker med det enkelte barn. Andre steder har de måske bare ikke fået noteret alle de unge. Derfor kan listerne ikke bruges til at sige noget om andelen, der siger ja og nej. De kan til gengæld godt anvendes til at sige noget om, hvilke typiske årsager der er til ikke at deltage i projekterne.

EFFEKT MÅL

Der er lavet før- og eftermålinger på en række parametre med henblik på at se, om der er sket en udvikling for de unge. Som tidligere nævnt er der både fokus på psykisk og fysisk sundhed i indsatserne, hvilket afspejles i effektmålene, som er beskrevet nedenfor.

LIVSKVALITET

Livskvalitet måles med skalaen WHO-5. Den består af fem spørgsmål om, hvordan den unge har følt sig tilpas i de seneste 2 uger.

SELVVÆRD

Selvverd måles med skalaen Rosenberg Scale of Self-Esteem, som er en skala for selvværd, der bruges i mange lande. Den består af 10 spørgsmål, som besvares på en firepunktskala af de unge selv. Fem af spørgsmålene er negativt formulerede, og fem er positivt formulerede.

SELVOPFATTET HANDLEEVNE

Selvopfattet handleevne dækker over det engelske begreb 'Self-efficacy'. Begrebet kommer fra socialpsykologien, og psykologen Albert Bandura har defineret 'self-efficacy' som en persons tro på vedkommendes evne til at lykkes i specifikke situationer. Den selvopfattede handleevne kan spille en stor rolle i, hvordan man håndterer mål, opgaver og udfordringer. Hvis ikke et menneske er i besiddelse af selvopfattet handleevne, vil

vedkommende ofte finde udfordringer og mål uoverkommelige – ikke nødvendigvis på grund af manglende evner, men fordi personen ikke har tillid til, at han besidder de evner, der skal til. Styrkelsen af de unges selvopfattede handleevne er væsentlig for at give dem oplevelsen af, at det er muligt og overskueligt for dem at påbegynde og gennemføre en ændret livsstil. Selvopfattet handleevne måles med The General Self-efficacy Scale, som består af 10 spørgsmål med 4 svarkategorier og besvares af den unge selv.

STYRKER OG VANSKELIGHEDER

Styrker og vanskeligheder måles med SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), som er et skema med 25 spørgsmål om børn og unges adfærd, som er delt ind i fem underskalaer: emotionelle symptomer, adfærdsproblemer, hyperaktivitet, kammeratsskabsproblemer og prosocial adfærd. Spørgsmålene besvares af de unge selv.

VÆGTUDVIKLING

Vægtudviklingen følges ved højde- og vægtmålinger før og efter indsatsen, som foretages af en sundhedsplejerske i projektet.

Som udgangspunkt for at vurdere de unges vægtudvikling anvendes Body Mass Index (BMI). BMI er et praktisk, objektivi t mål til at vurdere graden af overvægt og beregnes ud fra vægt og højde.

For voksne er der faste grænser for overvægt, idet et BMI på mellem 25 og 30 ($25 \leq \text{BMI} < 30$) indikerer moderat overvægt, og et BMI på 30 eller derover ($30 \leq \text{BMI}$) indikerer svær overvægt. De grænser, som man benytter hos børn og unge, er relateret til køn og alder, idet BMI varierer med alder og pubertetens indtræden. I rapporten er anvendt de grænseværdier for overvægt som anbefales af Sundhedsstyrelsen. (Sundhedsstyrelsen, 2014).³

De kønsspecifikke og aldersstandardiserede BMI-kurver stiger med alderen op til 18 år, og derfor vil en naturlig vægtudvikling medføre et stigende BMI, jo ældre børnene bliver. Det betyder, at hvis et barn fastholder samme BMI over fx et halvt år, så vil barnet reelt være mindre overvægtigt efter det halve år.

Udviklingen i BMI for det enkelte barn er beregnet ud fra, hvor meget den unges BMI ligger over grænseværdien ved før- og eftermålingen. Alle unge i denne undersøgelse ligger over grænsen for overvægt, så effektmålet viser, om de kommer tættere på normalvægtsområdet.

For at eksemplificere dette, viser bilag 2 den aldersstandardiserede BMI-kurve for piger, hvor grænseværdierne for overvægt (IOTF-25) og svær overvægt (IOTF-30) er tegnet ind. I kurven er der sat kryds for en pige på 13,5 år med et BMI på 27,5. Efter et halvt år, hvor hun er ble-

3. ISO-BMI-kurver.

vet 14 år, er BMI stadig 27,5. Afstanden mellem pigens BMI og grænseværdien for overvægt er ved før-målingen 4,6, mens den ved efter-målingen er 4,2. Hun er altså kommet 0,4 BMI-point tættere på at være normalvægtig.

SELVOPFATTET SUNDHED

Selvopfattet sundhed måles på den måde, at de unge bliver bedt om at vurdere deres overordnede sundhed lige nu på en skala fra 0 til 10, som rent grafisk er repræsenteret ved en stige som den, der ses i boks 2.1.

BOKS 2.1

Selvopfattet sundhed.



Anm.: Teksten til spørgsmålet lyder: Her er et billede af en stige. Toppen af stigen '10' er bedst, og bunden '0' er dårtigst.

Hvor på stigen føler du, at du står lige for tiden? – sæt et kryds.

Kilde: Spørgeskemaet til de unge før og efter indsatsen.

SAMLET ANALYSE

De enkelte kommuner har naturligvis forskellige resultater, da indsatserne er forskellige. Der er dog også nogle fællestræk. I dette afsnit laves en samlet analyse af før- og eftermålinger på de unge, der har gennemført et af projekterne i modelkommunerne på de samme parametre, som er gennemgået i afsnittene om de enkelte kommuner. Analysen bygger på data fra mellem 69 og 94 unge. Resultaterne og datagrundlaget på den enkelte parameter er anført i tabel 3.1 og ligeledes illustreret i figur 3.1. (bemærk, at skalaen på y-aksen i figuren er den samme, selvom skalaerne på de forskellige parametre er forskellig).

TABEL 3.1

Før- og eftermålinger på udvalgte parametre. Score.

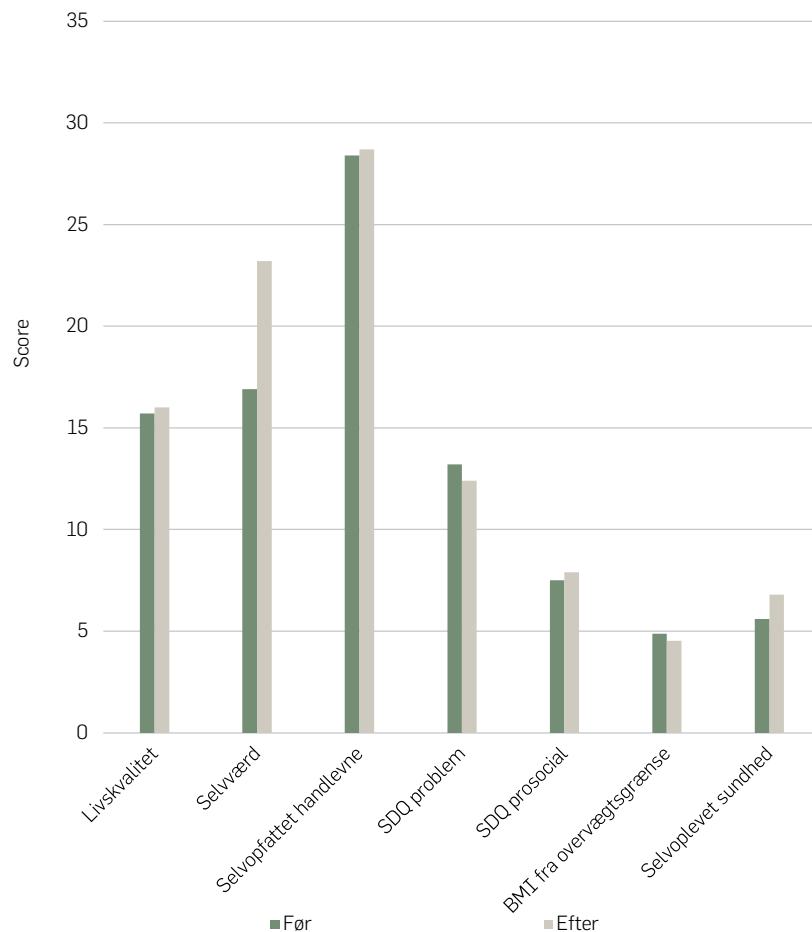
	Før	Efter	Ændring	n
Livskvalitet	15,7 (4,6)	16 (5,1)	0,3 (3,5)	77
Selv værd	16,9 (5,9)	23,2 (2,3)	6,4 (5,8)	77
Selvopfattet handlevne	28,4 (5,4)	28,7 (4,9)	0,4 (5,4)	77
SDQ problem	13,2 (5,2)	12,4 (6,1)	-0,8 (4,1)	77
SDQ prosocial	7,5 (1,9)	7,9 (1,6)	0,4 (1,8)	77
BMI fra overvægtsgrænse	4,9 (3,8)	4,5 (4,1)	-0,4 (1,2)	94
Selvoplevet sundhed	5,6 (2,0)	6,8 (2,2)	1,2 (2,1)	69

Anm.: Gennemsnitstal for alle kommuner. Standardafvigelse i parentes.

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker og de unges spørgeskemaer før og efter indsatsen.

FIGUR 3.1

Udvikling på udvalgte parametre. Score.



Anm.: Gennemsnitstal for alle kommuner.

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker og de unges spørgeskemaer før og efter indsatsen.

De unges livskvalitet er også blevet målt før og efter indsatsen, og her viser det samlede resultat en lille gennemsnitlig stigning på 0,3 point.

Den mest markante ændring, faktisk i samtlige kommuner, er en stor gennemsnitlig stigning i de unges selvværd. På tværs af kommuner er stigningen på 6,4 point. Det er generelt, at de unge, der har haft det laveste selvværd til at starte med, er steget meget i selvværdsscore. For at illustrere dette kan man undersøge det laveste selvværd før og efter indsatserne. Det viser sig, at det laveste selvværd inden indsatsen var på 3 point, mens det laveste selvværd efter indsatsen var på 17 point. En score under 15 svarer til lavt selvværd. Altså blev ingen af de unge efter indsatsen målt til at have et lavt selvværd. Til sammenligning havde 27 af de unge inden indsatsen en score på under 15, men disse unge er alle blevet

løftet op over 15 point. Det er et vigtigt resultat, da selvværd betyder meget for de unges trivsel, men antagelig også for deres evne til at fastholde en sundere livsstil.

Et andet parameter, der kan have en stor betydning for de unges evne til at foretage og fastholde livsstilsændringer, er deres selvopfattede handleevne, på engelsk self-efficacy. Det handler om at tro på, at man har evnen til at klare forskellige situationer, altså en form for handlingsrettet selvtillid. Når man sammenligner de unges score på denne skala, så er der sket en lille gennemsnitlig stigning på 0,4.

Det samme kan man sige om de to skalaer målt med SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Her måles en lille gennemsnitlig faldende problemadfærd på 0,8 point og en lille gennemsnitlig stigende prosocial adfærd på 0,4 point.

Det ses, at den gennemsnitlige afstand i BMI fra overvægtsgrænsen er faldet fra 4,9 til 4,5, hvilket betyder, at de unge gennemsnitligt er kommet 0,4 BMI-point tættere på normalvægt. Der har med andre ord været en reel udvikling mod mindre overvægt blandt de unge. Gennemsnitligt har de unge fastholdt deres BMI, hvilket er et godt resultat, idet mange af de unge i målgruppen er i en udvikling med stigende BMI, og formålet kan derfor være at få udviklingen til at stagnere fremfor et egentligt vægttab. Uden indsatsen kunne man forvente et stigende BMI i projektperioden, jf. metodeafsnittet. Desuden er der ofte tale om korte perioder, hvor vægttab kan være svært at nå. I enkelte af projekterne ses alligevel et faldende gennemsnitligt BMI, hvilket vi vender tilbage til.

Den selvoplevede sundhed, altså når de unge bliver spurgt om, hvor sunde de selv oplever, de er før og efter indsatsen, viser en gennemsnitlig stigning på 1,2 point. De føler sig altså sundere, end de gjorde før, i gennemsnit lidt mere end et trin på den 10-trins stige, de har svaret på. Denne ændring kan hænge sammen med, at de unge er kommet i gang med at spise sundere og dyrke mere motion. Selvoplevet sundhed er en god indikator for faktisk sundhed, og en stigning af den selvoplevede sundhed er derfor af væsentlig betydning.

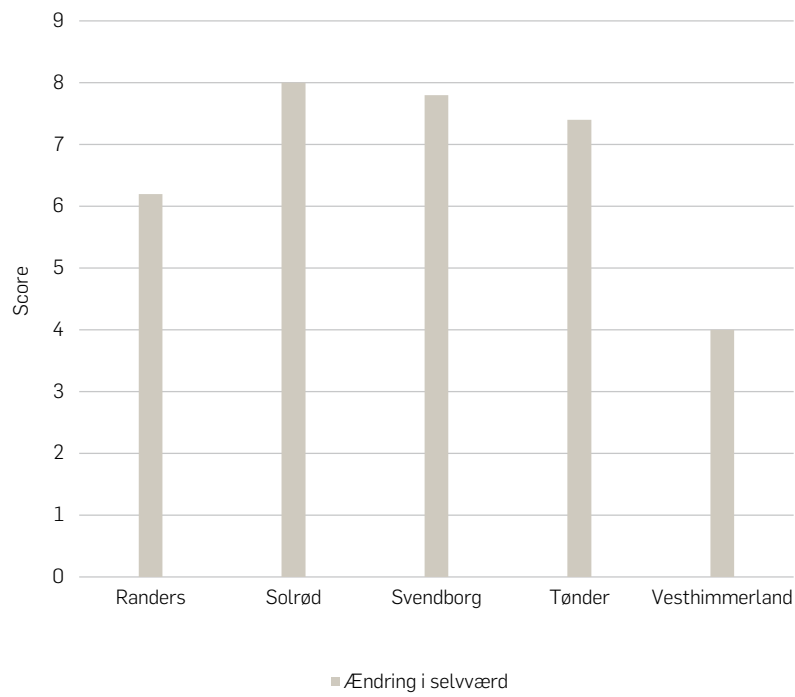
FORDELING PÅ KOMMUNER

I nedenstående vises fordelingen på kommuner på to af de mest interessante parametre, nemlig selvværd og vægtudvikling. De øvrige parametre har alle mindre ændringer og også mindre udsving mellem kommunerne.

Ændringer i selvværd er kun målt i fem af kommunerne, da der endnu ikke foreligger data for de øvrige fire kommuner. Her ses en betydelig gennemsnitlig stigning på selvværdet i alle kommunerne. Stigningen er størst i Solrød og Svendborg og mindst i Vesthimmerland.

FIGUR 3.2

Ændring i selvværd fordelt på kommuner. Score.

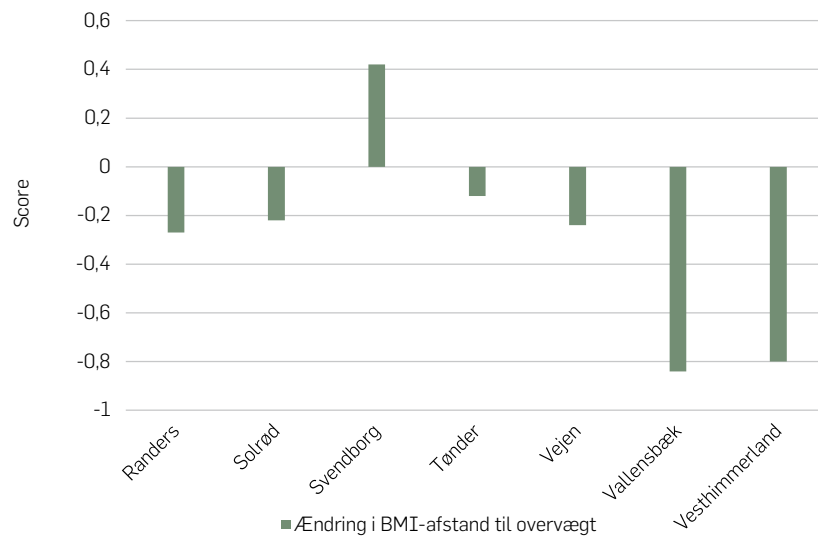


Anm: Data bygger på få respondenter inden for hver kommune.
Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Det viser sig, at der er et fald i den gennemsnitlig BMI blandt deltagerne i alle projekterne, undtagen i Svendborg, hvor tallene er meget usikre, da de kun bygger på 7 deltagere. I to kommuner er der sket en særlig stor udvikling, nemlig i Vallensbæk og Vesthimmerland, hvor de begge steder gennemsnitligt har rykket sig 0,8 point nærmere normalvægt. I de resterende kommuner er der sket en mindre gennemsnitlig udvikling mod normalvægt blandt de unge.

FIGUR 3.3

Ændring i de unges gennemsnitlige afstand til overvægtsgrænsen fordelt på kommuner. Ændring i score.



Anm.: Data bygger på få respondenter inden for hver kommune.

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

BEST PRACTICE I FORHOLD TIL VÆGT TAB

De foreløbige resultater peger på, at alle kommuner har gode resultater i forhold til selvværd og moderate resultater på de fleste andre parametre. To kommuner skiller sig ud, fordi de også har gode resultater med vægttab, nemlig Vallensbæk og Vesthimmerland. I dette afsnit diskuteres forhold ved indsatsen, der kan have betydning for de gode resultater med henblik på, at andre kommuner kan bruge deres gode erfaringer.

I tabel 4.1 er forskellige parametre ved indsatserne ridset op for alle kommuner. Det viser sig, at projekterne i de to kommuner, Vallensbæk og Vesthimmerland, ikke har mange fællestræk, og de adskiller sig ikke på de overordnede parametre fra de andre indsatser. Vesthimmerlands indsats er blandt de korteste og det mest intense, mens indsatsen i Vallensbæk er længere og ikke særlig intens. I Vesthimmerland er der en høj grad af forældredeltagelse, mens der i Vallensbæk er en mindre grad, idet forældrene kun skal deltage tre gange.

Der kan på denne baggrund ikke siges noget meget overordnet om, hvornår indsatser virker bedst. Det vil altid afhænge af konteksten og implementeringen. Men alligevel kan andre måske bruge de to kommuners erfaringer til at lade sig inspirere. Derfor beskrives i det følgende forskellige elementer, der må siges at være særlige kendetegn eller styrker ved de to projekter.

Indsatsen i Vesthimmerlands kommune er som nævnt intensiv, idet den kun er på 3 måneder, men i den periode mødes de unge to gange om ugen. Det er det mest mødeintensive forløb blandt projekterne, idet de andre højst mødes én gang om ugen. Det intensive forløb har formentlig haft betydning for, at det er lykkedes at skabe et gennemsnitligt vægttab, idet deltagerne hele tiden ”holdes til ilden” og bliver mindet om det projekt, de er med i.

TABEL 4.1

Karakteristika ved modelkommunernes indsætter.

Kommune	Varighed ¹	Intensitet	Forældre-deltagelse	Type	Gennemsnitligt BMI over overvægtsgænsen inden indsætsen
Holbæk	1 år	1 gang pr. måned	Høj (hver gang)	Individuel	Mangler data
Langeland	1 år	1 gang pr. måned	Høj (hver gang)	Gruppe og individuel (halvt af hver)	Mangler data
Randers	10 mdr.	1 gang om ugen i starten, derefter gradvist mindre	Høj (7 gange)	Gruppe + 7 individuelle samtaler	4,9
Solrød	3 mdr.	1 gang om ugen	Lav (1 gang)	Gruppe	3,9
Svendborg	6 mdr.	1 gang om ugen	Høj (8 gange)	Gruppe + 3 individuelle samtaler	3,9
Tønder	4 mdr.	Hver anden uge	Mellem (2-4 gange)	Gruppe	4,8
Vallensbæk	6 mdr.	3 gange om måneden	Mellem (3 gange)	Gruppe + 3 individuelle samtaler	3,1
Vejlen	8 mdr.	Hver anden uge i starten, senere en gang om måneden	Mellem (5 gange)	Gruppe + 2 individuelle samtaler	5,9
Vesthimmerland	3 mdr.	2 gange om ugen	Høj (8 gange)	Gruppe + 1 individuel samtale	7,0

1. Opfølgingsperiode ikke medregnet.

Kilde: Indsendte projektbeskrivelser fra kommunerne samt data fra sundhedsplejerskernes højde/vægt målinger før indsætsen.

Aktiviteterne i projektet er meget varierede. Der er gruppesamtaler med fokus på sundhed og selvværd, og der er fysisk aktivitet både som et forløb og som afprøvning af forskellige tilbud i kommunen, som de unge selv er med til at vælge. Der er en del af aktiviteterne, som forældrene er med til sammen med de unge og desuden en aften kun for forældre, hvor en psykolog fortæller om, hvordan det er at være en ung med overvægt, og hvilke strategier man kan anvende til at hjælpe. Forældrene forventes altså at bakke op om de unge, hvilket kan have en styrkende effekt.

Der er mange forskellige voksne inde over projektet, idet de forskellige aktiviteter varetages af faggrupper/afdelinger, som de hører ind under.

Indsætsen i Vallensbæk er længere og mindre mødeintensiv, hvilket er ud fra en ide om, at de unge skal have et skub, men det er familierne, der selv skal bære ændringerne igennem. Vallensbæk Kommune arbejder ud fra klart formulerede værdier om, at familierne nok har den rette viden om at leve sundt, men oplever nogle barrierer for, at det kan lykkes. Der arbejdes derfor med at nedbryde barrierer, finde muligheder, motivation og anerkendelse. Projektet hedder "Feel the power" og forsøger at finde og skabe power i den enkelte. Den positive tilgang gennemsyrrer alle aktiviteter allerede fra den hilsen, der møder de unge mennesker, når de møder op til en aktivitet. De arbejder ud fra, at det skal

være sjovt at arbejde med sundhed og laver også aktiviteter, der ikke er knyttet direkte til kost og motion, fx at indspille en sang.

I Vallensbæk har der kun været tre voksne tilknyttet, og det har derfor været nemmere at skabe et trygt og tillidsfuldt rum i gruppen.

Projektet i Vesthimmerland er kendetegnet ved at være den kommune, som i denne evalueringsperiode har de mest overvægtige børn med i projektet, idet de gennemsnitligt ligger 7,0 over grænsen for overvægt. Samtidig er Vallensbæk Kommune kendetegnet ved at være den kommune, hvor de deltagende unge er mindst overvægtige, idet de gennemsnitligt kun ligger 3,1 over grænsen for overvægt. Det er interessant, at de to projekter med de bedste resultater i forhold til vægttab ligger på de to yderpunkter ift. børnenes startniveau for overvægt. Det kan pege på, at grundlaget for et stort vægttab i løbet af en forholdsvis kort projektperiode er stærkest, hvis man arbejder med børn, der enten er meget overvægtige, eller børn, der kun er let overvægtige.

TYPISKE UDFORDRINGER

To af de gennemgående udfordringer, som projektlederne melder fra projekterne, er rekruttering og fastholdelse af deltagere til programmet. I dette afsnit laves en sammenfattende analyse om data for rekruttering og frafald, og der gøres nogle generelle betragtninger om disse to emner.

REKRUTTERING

I dataindsamlingen indgår en registrering af ikke-deltagere, det vil sige af unge, som bliver tilbudt deltagelse i et projekt, men siger nej tak. Modelkommunerne har løbende registreret, hvilken årsag der er blevet givet for ikke at ville deltage. Dette er sket i 7 af de 9 kommuner.⁴ Det er meget forskelligt, hvor mange og hvilke unge der er blevet registreret, bl.a. da rekrutteringsformen varierer fra kommune til kommune. Antallet af registrerede ikke-deltagere hænger derfor ikke sammen med, hvor mange fra målgruppen der ikke ønsker at deltage, men i højere grad med kommunens rekrutterings- og registreringspraksis. Der er desuden ikke umiddelbart konstateret nogen tendenser til forskelle i årsagerne i de forskellige kommuner. Data vedrørende årsagerne behandles derfor samlet, hvilket giver et overordnet billede af, hvilke årsager der er til at sige nej tak til deltagelse i et forebyggelsesprojekt rettet mod overvægtige børn og unge.

Der er i alt 326 unge, som er blevet registreret. Alle årsagerne er blevet kodet, og på denne baggrund er der dannet en række kategorier, hvor antallet af besvarelser er talt sammen.

4. Solrød og Vejen Kommuner har ikke registreret ikke-deltagere.

I figur 5.1 fremgår det, hvor mange der har angivet forskellige årsager. Den grund, der er angivet mest, er ”har ikke lyst” eller ”har ikke interesse”, hvilket er angivet i godt en fjerdedel af tilfældene (92 gange). Dette siger i sig selv ikke så meget, mens andre årsager er mere klare. For 24 unge er det angivet, at de ikke var motiverede, og for 23 unge er angivet, at de ikke synes, at projektet er det rette for dem. Det er typisk, fordi de ikke har lyst til at deltage i et gruppeforløb, men kan også være, fordi de synes, der er for meget ”snak” og for lidt handling.

Der er ca. en femtedel (66 unge), som angiver, at de gerne vil arbejde med det selv og/eller selv er godt på vej til en forandring.

Derudover er der ca. en tiendedel (30 unge), der ikke synes, der er et problem. Det kan både være den unge, der ikke synes det, eller forældrene. For en del af disse unge har sundhedsplejersken angivet, at barnet er muskuløst og går til meget sport, og at der derfor faktisk ikke er et problem. For andre handler det primært om manglende erkendelse.

For ca. 15 pct. (47 unge) er det primært et praktisk spørgsmål, der gør, at de siger nej tak, fx at de ikke har tid. Det kan være, at de i forvejen går til meget sport eller andre fritidsaktiviteter, som måske ovenikøbet ligger samtidig med aktiviteterne i projektet. Andre nævner også, at der er lang transport, eller at det ikke passer med bussen.

For 7 pct. (25 unge) angives årsagen til at hænge sammen med manglende opbakning fra forældrene. Alle projekter stiller krav om forældredeltagelse, og det kan derfor være svært for forældrene at finde tid. Det kan også være, at forældrene ikke synes, at der er et problem eller ikke synes godt om projektet.

For 5 pct. (17 unge) angives, at de ikke har overskud lige nu. Det er typisk, fordi den unge bokser med andre udfordringer, fx begivenheder som skilsmisse, dødsfald eller eksamen, eller problemer som hovedpine eller dårlig trivsel, som der skal tages hånd om først.

For en sidste lille gruppe på 6 unge (svarende til 2 pct.) angives, at de synes, at projektet er stigmatiserende og er bange for, hvad deres kammerater vil sige. Man kan forestille sig, at dette kunne være en årsag også for nogle af de unge, hvor det bare er angivet, at de ikke har lyst eller interesse, men det kan man ikke sige noget sikkert om ud fra de foreliggende data.

FIGUR 5.1

Årsag til fravalg af deltagelse i projektet. Antal.



Anm.: 326 unge danner grundlag for analysen. Ikke alle unge har angivet en årsag, mens nogle har angivet flere.

PERSPEKTIVER

Der er en stor gruppe, som ikke deltager, fordi barnet og/eller forældrene ikke mener, at der er et problem med overvægt, som der bør gøres noget ved. Det gælder antagelig særligt de unge, som ikke er svært overvægtige, da problemet er mere tydeligt for de svært overvægtige. Det passer med nogle af de erfaringer, som projektlederne har gjort sig, nemlig at det er svært at få de moderat overvægtige med. Men i et forebyggelsesperspektiv er det netop vigtigt også at få fat i de unge, der kun er moderat overvægtige.

En anden ting, der viser sig, og som også er blevet angivet af nogle af projektlederne, er, at det kan være svært at få forældrene til at bakke tilstrækkeligt op om indsatsen. I alle projekter er der krav om forældredeltagelse, og hvis forældrene ikke har tid, lyst eller energi, så kommer barnet ikke med i projektet. Forældredeltagelsen er vigtig for projekterne, idet indsatsen kræver, at forældrene støtter op om de unges livsstilsændringer, men ulempen er, at det udelukker nogle fra at deltage.

Et tredje perspektiv er, at denne type projekter nemt kan få et negativt skær over sig, idet målgruppen er unge med en særlig udfordring, nemlig overvægt. Det kan afholde nogen fra at melde sig, at de ikke bryder sig om at blive karakteriseret som overvægtig. Man kan igen forestille sig, at det særligt gælder unge, der ikke er svært overvægtige, hvis klassekammerater måske ikke har tænkt over, at barnets vægt er i den høje ende. Det kan derfor være vigtigt, at projekterne kommer til at fremstå som

et positivt tilbud, og at overvægtsproblematikken nedtones i omtalen af projektet.

I forbindelse med dette virker det som en væsentlig faktor, at projektet faktisk kan tilbyde attraktive aktiviteter, som de unge naturligt har lyst til, og ikke kun det, de har behov for.

Det sidste perspektiv omkring rekruttering drejer sig om gruppeformen vs individuelle forløb. Gruppeformen giver bedst mulighed for at tilbyde attraktive aktiviteter kombineret med socialt fællesskab, som kan have stor betydning for de unges glæde og selvværd. De to kommuner, hvor en stor del af projektet består af individuelle samtaler, nemlig Holbæk og Langeland, har måske haft allersværest ved at rekruttere deltagere. Men der er nogle, der ikke bryder sig om gruppeformen og har fravagt projektet på grund af denne form. Det er vigtigt at huske, at der også skal være tilbud til de unge.

FASTHOLDELSE

Der er en del unge, som er stoppet undervejs i projektforsløbet. I projekterne er både sundhedsplejersken og barnet selv blevet spurgt til årsagen til frafaldet, hvor det har været muligt at få denne information.

Det er typisk de samme årsager, de vælger, som var årsagerne til at sige nej tak til at starte med. En oversigt og sammentælling ses i boks 5.1.

BOKS 5.1

Primære årsager til frafald. Antal.

Kan ikke lide det:	16
Manglende tid:	12
Efterskole:	5
Manglende overskud:	5
Passede ikke ind:	4
Manglende motivation:	3
Det hjalp ikke:	2
Gruppens opløsning:	1

Anm.: 50 unge danner grundlag for analysen. Ikke alle unge har angivet en årsag, mens nogle har angivet flere.

Mange angiver, at de ikke kan lide at deltage, fx at de ikke kan lide samtalerne, motionen er for hård, eller fællesskabet ikke er så godt.

Andre angiver manglende tid eller overskud, hvilket kan gælde både barnet og forældrene.

Nogle unge mister motivationen undervejs i forløbet. Det kan være, at de mærker, at det ikke hjælper, hvilket nogle angiver som eksplis- cit årsag.

Der er også en gruppe, der tager på efterskole undervejs i forlø- bet og derfor stopper.

Det sociale fællesskab kan betyde meget, og 4 unge angiver, at de stoppede, fordi de ikke følte, at de passede ind, fordi der var for stor aldersforskel, man var den eneste af det køn, eller de andre havde andre slags problemer end en selv.

En sidste årsag, der nævnes, var gruppens opløsning, hvor det at nogle falder fra, får en selvforstærkende effekt, og holdfølelsen svækkes, så flere falder fra.

Når de frafaldne unge bliver spurgt til, hvad der har været det dårligste og det bedste ved forløbet, får man meget forskellige svar. No- gle kunne ikke så godt lide samtalerne, nogle kunne ikke så godt lide mo- tionen. Og omvendt er der mange, der synes godt om både samtaler og motion. Der er dog en større gruppe, som nævner venner og fællesskabet som noget af det bedste ved forløbet.

PERSPEKTIVER

At fastholde de unges motivation og lyst er centrale elementer i forhold til at fastholde dem i indsatsen. Det handler fx om at holde de unges gejst oppe og hjælpe til ikke at miste modet, selvom de ikke umiddelbart ser resultater på vægten.

Fortsat interessante og sjove aktiviteter øger også lysten til at fortsætte. Mange af argumenterne er lystbetonede.

Det sociale fællesskab betyder meget for de unge, og det må an- tages at være med til at fastholde de unge, når der er et godt socialt fæl- lesskab.

Den manglende tid var et væsentligt problem både i forhold til rekruttering og fastholdelse. I nogle projekter er nogle af de unge blevet hjulpet med transport til og fra mødestederne. Det kunne være en mu- lighed at gøre mere ud af denne slags ordninger, evt. ved at understøtte samkørsel eller lade projektet stå for transport.

I forhold til fastholdelse har Vallensbæk Kommune tilbudt de unge, som afsluttede forløbet et ”abonnement” på en sport efter eget valg til op til 1.000 kroner. Denne kontante (men yderst relevante) gule- rod kan være med til, at både unge og forældre vil gøre lidt ekstra for at blive i projektet, og i Vallensbæk Kommunes egen evaluering svarer halvdelen, at dette tiltag har haft en betydning for, at de færdiggjorde projektet. Muligvis kan tiltaget endda have haft betydning for rekrutte- ringen, da det blev anset for et attraktivt tilbud.

BEST PRACTICE I FORHOLD TIL REKRUTTERING OG FASTHOLDELSE

Vallensbæk Kommune er umiddelbart den kommune, der har haft mindst problemer med rekruttering og fastholdelse. Det kan skyldes flere ting. For det første er indsatsen ikke så intensiv, så den kræver mindre tid. For det andet er de fleste aktiviteter uden forældre, og det er især forældrenes tid, der kan være en barriere. For det tredje er der et positivt fokus (frem for fokus på overvægt, sund kost og motion), hvilket gør, at det føles mindre stigmatiserende at være med. For det fjerde kan det positive fokus og de kendte voksne i sig selv være motiverende og skabe en god stemning på holdet, så de unge har lyst til at blive ved med at komme. For det femte tilbyder projektet attraktive og sjove aktiviteter. For det sjette er der som nævnt indlagt et ”abonnement” på en sport efter eget valg til op til 1.000 kroner, hvilket kan virke som en ekstra gulerod for at deltage i og fuldføre forløbet.

INDSATSBESKRIVELSER OG RESULTATER I MODELKOMMUNERNE

SOLRØD: MOD MÅLET

Målgruppen er skolebørn i 6.-9. klasse, som har et BMI over 90 percents-percentilen. Der er indtil videre gennemført to forløb med hhv. 3-4 og 9-10 deltagere. Tredje hold er nu startet op med 10 deltagere.

INDSATS/AKTIVITETER

Forløbet består af ugentlige gruppemøder over i alt 12 uger. I løbet af møderne afprøves forskellige udendørs og indendørs idrætsgrene. Deltagerne har således roet i kajak, spillet basketball, tennis og fodbold, lavet karate, stået på skøjter, cyklet, været på oplevelsessti/forhindringsbane, cirkeltrænet og været til spinning sammen med forældrene. På møderne gives der desuden teoretisk vejledning i kost, forbrænding og motivation m.m. i forbindelse med vægttab. De unge har ofte andre problemer end overvægt at slås med, og sundhedsplejerskerne yder derfor også almenmenneskelig støtte og omsorg, da disse problemer udfordrer de unge yderligere i forhold til at skulle ændre livsstilsvaner.

Derudover afholdes der en køkkenworkshop for deltagerne og deres forældre, hvor de sammen med en professionel kok laver sund mad.

Møderne foregår forskellige steder i kommunen, afhængig af aktiviteterne. De finder hovedsagligt sted i Solrød Idrætscenter, men også i det lokale fitnesscenter, på udendørs forhindringsbane og fodboldbaner samt i skolekøkkenet på en af kommunens folkeskoler (i forbindelse med køkkenworkshoppen).

Op til forløbet inviteres alle deltagere og forældre sammen til en motiverende forsamling. I forsamlingen er fokus på deres ønsker for frem-

tiden i forhold til livsstilsændringer samt tanker omkring, hvad de tror der kan motivere dem. Der lyttes både til den unges samt forældres ønsker og eventuelle forskelle drøftes.

OPFØLGNING

2 måneder efter forløbets afslutning følges der op på et møde, hvor deltagerne fortæller om, hvordan det er gået i den forløbne periode, hvad de har taget med sig fra mødegangene som motivation til selv at holde ved, samt hvilke vaner de har lykket sig med at ændre, og hvad der er svært. Yderligere vejes deltagerne.

FASTHOLDELSE

Deltagerne har mulighed for at benytte sms dels til sundhedsplejerskerne og indbyrdes og bruger dette flittigt. Der er også indtænkt en digital løsning, hvor de kan oprette egne data samt en fælles gruppe med deling af erfaringer, sjove konkurrencer, oplysning m.m. Denne digitale løsning fungerer dog endnu ikke optimalt.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Møderne ledes af to faste sundhedsplejersker. Desuden inddrages instruktører fra forskellige idrætsforeninger og fra fitnesscentret samt kommunens idræts- og fritidskonsulent og en professionel kok.

REKRUTTERING

Rekrutteringen sker gennem henvisning fra skolesundhedsplejerskerne ved individuelle sundhedssamtaler på 5. klassetrin og ved sundhedseksperimentarierne for 6.-9. klassetrin samt ved annoncering på skoler og forældreintra, hvorefter familierne kan henvende sig.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 14 unge. Der er udfyldt startskemaer for alle 14 unge, mens der kun er slutdata for 11 unge, hvilket peger på, at 3 unge er droppet ud undervejs. Det betyder, at der foreligger før- og efterdata for 11 unge. Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de 11 unge, som vi har data på.

TABEL 6.1

Solrød – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	14
Barn startskema	14
Barn slutskema	11
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	11
Sundhedsplejerske startskema	14
Sundhedsplejerske slutskema	11
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	11

PSYKISK SUNDHED

Indsatsen er ikke kun rettet mod den fysiske sundhed, men i ligeså høj grad mod den psykiske, dvs. de unges trivsel og selvværd. Her gennemgås indikatorer for psykisk sundhed.

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er faldet en lille smule i projektperioden.

TABEL 6.2

Livskvalitet. Score.

Livskvalitet før	15,3
Livskvalitet efter	14,8
Livskvalitet ændring	-0,5

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvværd

Den største forandring, der er sket med de unge i indsatsperioden, er en betydelig stigning på selvværdsskalaen, hvor de i gennemsnit er gået fra 15,6 point til 23,6 point, dvs. en stigning på 8 point. Indsatsen ser altså ud til at lykkes med at give de unge et højere selvværd. Det er især de unge, der havde et meget lavt selvværd ved udgangspunktet, der har haft store stigninger i selvværdet. Det kan skyldes, at de unge oplever at komme et sted, hvor de bliver anerkendt og værdsat, og at sundhedsplejerskerne indsats med at give generel ”støtte om omsorg” har en positiv betydning.

TABEL 6.3

Selvværd. Score.

Selvværd før	15,6
Selvværd efter	23,6
Selvværd ændring	8,0

Anm.: Målt ved Rosenberg Scale of Self-esteem, skala 0-30.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvopfattet handleevne

Også i forhold til selvopfattet handleevne er der en stigning i de unges gennemsnitlige score, om end den er mindre på dette område, idet den går fra gennemsnitligt 26,8 til 27,7.

TABEL 6.4

Selvopfattet handleevne. Score.

Selvopfattet handleevne før	26,8
Selvopfattet handleevne efter	27,7
Selvopfattet handleevne ændring	0,9

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen viser evalueringen ligeledes små forbedringer, idet der samlet på problemskalaerne ses et lille fald, og på den prosociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 6.5

Strengths and Difficulties (SDQ). Score.

	Problemskala 0-60	Prosocial
Før	14,4	8,0
Efter	13,9	8,3
Ændring	-0,5	0,3

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket et fald i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 26,6 til 26,5. Det dækker over, at 7 unge har et faldende BMI, og 4 unge har haft et stigende BMI i perioden. De unge er altså gennemsnitlig stagneret i BMI i løbet af forløbet på de 12 uger, hvilket er godt for unge i denne alder.

Hvis man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 3,9 point over grænsen til overvægt og sluttede 3,7 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,2 point tættere på normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.6

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	3,9
Efter	3,7
Ændring	-0,2

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED I ØVRIGT

De unges gennemsnitlige selvoplevede sundhed er steget fra 5,3 til 7,1. Så selvom BMI'en ikke er steget markant, føler de unge sig sundere ved indsatsens afslutning. Det kan skyldes, at de føler, at de er ”kommet i gang” med at bruge deres krop, hvilket giver dem en følelse af at være sundere, end de var før.

TABEL 6.7

Selvoplevet sundhed. Score.

Selvoplevet sundhed før	5,3
Selvoplevet sundhed efter	7,1
Selvoplevet sundhed ændring	1,8

Anm.: Skala 0-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

VEJEN: SUND UNG

Målgruppen er unge i alderen 12-15 år, som selv synes, de vejer for meget. Der har indtil videre været gennemført to hold på i alt 16 deltagere. Det tredje hold med 9 deltagere er i gang.

INDSATS/AKTIVITETER

De mødes i starten hver anden uge i 2 timer om eftermiddagen. Med dette interval mødes de i alt 8-9 gange i løbet af 4 måneder.

Herefter mødes gruppen en gang om måneden i de næste 4 måneder. Til sidst er der en opfølgningsperiode, hvor gruppen mødes hver tredje måned i løbet af de næste 6 måneder. Et helt forløb varer således 14 måneder med i alt 14 mødegange. Forældrene deltager fem gange – det er et krav, der stilles til forældrene.

Møder uden forældre

Gruppen får et sundt mellemmåltid ved hver mødegang. Der er desuden altid en eller anden form for fysisk aktivitet til møderne. Det kan være en arrangeret aktivitet i Vejen Idrætscenter eller en udendørs aktivitet. Der har været boksetræning, karate, zumba, fitnessstræning/spinning, cykeltur

x 2 a ca. 25 km, konditest, gåture med skridttæller og med tempo på 100-120 skridt/minut.

Alle bliver målt og vejret ca. en gang om måneden. Til gruppemøderne er der løbende blevet revideret/ændret i de individuelle mål, den enkelte deltager har sat sig med henblik på at ændre vaner og tabe sig.

Møder med forældre

Til nogle af forældrearrangementerne er de mødtes med de unge til almindelig tid, og herefter er forældrene inviteret til en fælles aktivitet. Andre gange har unge og forældre været sammen om hele mødet. Fælles aktiviteter har været oplæg/undervisning ved diætist, oplæg om selv-værd/selvtillid og fælles madlavning.

Som afslutning på det intensive forløb (de første 8 måneder) har de haft en heldagstur (kanotur en søndag) for hvert af de to hold.

Øvrige aktiviteter

Foruden gruppeforløbet er der en individuel samtale i hjemmet med den enkelte deltager og dennes familie to gange i forløbet. Den ene ligger i starten og den anden i slutningen af det intensive forløb.

Lokaler

Møderne holdes i skolekøkkenet på en folkeskole, som ligger centralt placeret i kommunen, og hvortil det er let at komme med både bus og tog.

Der er i princippet intet fast mødested fra det ene hold til det andet, da de forsøger at finde lokaler i kommunen, så det bliver lettest for de aktuelt deltagende unge at komme dertil midt på eftermiddagen på egen hånd. Enkelte gange har de hentet og bragt enkelte deltagere.

Forældrearrangementer afholdes på Brørup Sundhedscenter, hvor sundhedsplejen i Vejen Kommune har deres lokaler, og hvor der er fine faciliteter til bl.a. fælles madlavning og andre aktiviteter.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

For at informere familierne om alle de ting, der løbende sker i Sund Ung, er der skrevet flere breve sendt ud på mail. Desuden er der sendt mange sms'er til både unge og voksne. Der har også været overvejelser om at lave Facebookgrupper, men det er ikke blevet til noget.

Der har været tæt kontakt til de deltagende familier, ud fra devisen, at det at tilmelde sit barn/ung til Sund Ung kræver hele familiens deltagelse. Undervejs har der været mange telefonsamtaler med forældrene både med henvendelser fra dem til os og modsat. Blandt andet er forældrene altid blevet kontaktet, hvis det har vist sig, at barnet/den unge har øget vægten mellem to vejninger.

De unge kan ikke selv melde afbud, men skal have forældrene til det, hvis de er forhindrede. Hvis man ikke dukker op og ikke har meldt afbud, bliver forældrene kontaktet.

Forløbet er langt og inkluderer en opfølgningsperiode, så de unge ”slippes” langsomt.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Projekt Sund Ung i Vejen er implementeret i skolesundhedsplejen med den ledende sundhedsplejerske som overordnet projektansvarlig.

En skolesundhedsplejerske er som projektleder frikøbt i projektet i 28 timer ugentligt.

REKRUTTERING

De fire skolesundhedsplejersker er de primære henvisere.

Der er desuden via Sundhedsstyrelsen lavet og trykt en folder, som deles ud til evt. interesserede deltagere ved sundhedssamtalen i både 5. og 8. klasse. Via kommunens lægepraksiskonsulent er ovenstående folder desuden sendt elektronisk til alle praktiserende læger i Vejen Kommune.

Der afholdes en ”uforpligtende informationsaften”, inden et nyt hold starter. I forbindelse med dette annonceres tilbuddet med særskilt annonce i Vejen Kommunes ugeaviser. Desuden lægges tilbuddet ud på alle folkeskolars skoleintra til både forældre og elever i pågældende målgruppe.

RESULTATER

Datagrundlag: Indsatsen i Vejen gik i gang, inden spørgeskemaerne lå klar, og derfor har de unge for de to første hold ikke udfyldt startskemaerne. Det tredje hold er ikke afsluttet, hvorfor der endnu ikke ligger slutskemaer fra disse unge. Det er derfor ikke muligt at lave før- og eftermålinger på de unges skemaer. Til gengæld har sundhedsplejerskerne målt og vejret de unge ved starten, og der er derfor før- og eftermålinger på de unges BMI i forhold til hold 1 og 2.

Der er udfyldt skemaer for i alt 26 unikke unge, og fordelingen kan ses i tabel 6.8. 9 unge har udfyldt startskemaer, og 12 unge har udfyldt slutskema, men da det som nævnt ikke er de samme unge, er der ikke grundlag for en før- og eftersammenligning. Der er startoplysninger for 25 unge fra sundhedsplejerskerne og slutdata fra 11 unge, som har gennemført programmet. Det betyder, at der foreligger før- og efterdata på vægt og højde for 11 unge. Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de 11 unge, som vi har data på.

TABEL 6.8

Vejen – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	26
Barn startskema	9
Barn slutskema	12
Unge med både start- og slutskema	0
Sundhedsplejerske startskema	25
Sundhedsplejerske slutskema	11
Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken	11

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket en meget lille stigning i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 28,2 til 28,4. Det dækker over, at 5 unge har et faldende BMI, og 6 unge har haft et stigende BMI i perioden. Alt i alt er de unges BMI gennemsnitligt stort set stagneret i projektperioden, hvilket er godt for unge i denne alder.

Hvis man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 5,9 point over grænsen til overvægt og sluttede 5,7 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,2 point tættere på normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.9

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	5,9
Efter	5,7
Ændring	-0,2

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

ANDRE PARAMETRE FOR SUNDHED OG TRIVSEL

Da der som nævnt ikke foreligger før- og eftermålinger for de unge, kan vi ikke se, om der er sket ændringer i fx selvværd, livskvalitet og selvopfattet handleevne, som er parametre. Dels er de unges trivsel et vigtigt mål i sig selv, da vi ved, at unge i denne målgruppe ofte har det svært. Samtidig kan disse parametre også være afgørende for, om de unge på sigt opnår et vægttab, da øget trivsel, selvværd mv. skaber en ballast for at kunne gennemføre vægttabet.

Der er indikationer for, at indsatsen har en betydning for de unges selvværd, da de unge, som er startet (men ikke sluttet), har en gennemsnitlig score på 17,9 på selvværdsskalaen, mens de unge, som er sluttet (men som ikke har udfyldt startskemaer), har en gennemsnitlig score på 24,1. Da det ikke er de samme unge, der er målt før og efter, kan dette ikke siges at være et resultat, da der kan være stor forskel på de to grupper af unge. Men da forskellen er så stor, er den alligevel værd at nævne som en indikation på indsatsens betydning for de unges selvværd.

På de andre områder ses også forskelle mellem hold 3's formålinger og hold 1 og 2's slutmålinger, men af mindre omfang.

VESTHIMMERLAND: SÅ LETTER VI!

Målgruppen er skolebørn i 6.-9. klasse, som er i risiko for at udvikle eller har udviklet overvægt. Der har indtil videre kørt tre hold. Hvert hold er på 12-16 deltagere, fordelt på to grupper af 6-8 deltagere. De fleste aktiviteter foregår på gruppeniveau.

INDSATS/AKTIVITETER

Indsatsperioden er på 12 uger og er et intensivt forløb med gennemsnitligt to aktiviteter om ugen – mest de første 8 uger og lidt mindre i slutningen. Elementerne er:

- Indledende individuel samtale med en fysioterapeut for deltageren med forældre.
- Gruppesamtaler hver anden uge, hvor der tales om sundhed, og om hvilke faktorer der har indflydelse på de unges livsstil. Der er dermed også fokus på social udvikling og selvværd. Samtalerne varetages dels af sundhedsplejerskerne, dels af psykologer fra PPR.
- Fysisk aktivitet hver anden uge, heraf fire gange i forløbet "krop og bevægelse", som handler om træning, kropsbevidsthed og opstilling af personlige mål. Yderligere er der planlagt tre gange, hvor holdet kommer ud for at afprøve forskellige fritidsaktiviteter, som de selv er med til at vælge.
- Forældreaftener for holdet hver anden uge, hvor familierne på skift er med til at lave sund mad, og der er oplæg, laves fysisk aktivitet, hygges og snakkes på tværs om fælles udfordringer. For eksempel er der på to aftener oplæg fra sundhedsplejen om hhv. 'forandringsprocessen og teori omkring vanebrydning' og 'anerkendelse i praksis'. Der er også en aften, hvor en fysioterapeut arrangerer løb for familierne og en anden aften med en naturvejleder, der tager dem alle med på tur ud i naturens spisekammer, og de laver mad ude over bål. Familieaftenerne arrangeres af projektets diætist, og sammen med hende er der en ungdomsskolemedarbejder til stede ved alle aftener.
- En forældreaften kun for forældre, hvor en psykolog gennemgår, hvordan det opleves at være et barn med vægtproblemer, og det drøftes, hvilke strategier man kan bruge til at fastholde en positiv udvikling.
- Der afsluttes med en fælles camp for holdet og familier. Det er et døgn med overnatning, og der foregår forskellige aktiviteter med fokus på mad, motion og hygge, herunder natløb, sund morgenmad

m.m. Campen er ”den store finale” på det intensive forløb og markerer hermed overgang til opfølgningsperioden. Her deltager diætist, ungdomsskolemedarbejder, naturvejleder.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

Der har været en del dropout, hvilket kommunen tilskriver manglende nødvendig opbakning blandt forældrene, da indsatsen kræver en høj grad af forældredeltagelse.

Der følges op ved 3 gruppemøder første gang et halvt år efter afslutningen.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Den samlede indsats foregår i et tæt samarbejde mellem sundhedsplejerskerne, det kommunale program ”børn i bevægelse”, ungdomsskolen og PPR.

REKRUTTERING

Skolesundhedsplejen rekrutterer deltagere blandt de elever, der over de seneste år har haft en u hensigtsmæssig vægtudvikling. Det meldes fra projektet, at det er svært at rekruttere, og at de arbejder på nye måder at rekruttere på.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 41 unikke unge. Indsatsen i Vesthimmerland gik i gang, inden spørgeskemaerne lå klar, og derfor har de unge for det første hold ikke udfyldt startskemaerne, der kan derfor ikke laves en før- og eftermåling på disse unge ift. selvværd mv. Der er 18 unge, der både har udfyldt før- og efterskemaer. Derimod ligger der højde/vægtmålinger for alle unge, som er startet. Det er dog kun 16 unge, der indtil videre er målt og vejlet ved afslutningen, hvilket i nogen grad må tilskrives dropoutraten, og i nogen grad, at vi mangler at få data ind på de sidste unge. Alt i alt er der 16 unge med både før- og eftermålinger på højde og vægt.

Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de unge, som vi har før-/efterdata på.

TABEL 6.10

Vesthimmerland – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	41
Barn startskema	25
Barn slutskema	24
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>18</i>
Sundhedsplejerske startskema	40
Sundhedsplejerske slutskema	16
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>16</i>

PSYKISK SUNDHED

Indsatsen er ikke kun rettet mod den fysiske sundhed, men i ligeså høj grad mod den psykiske, dvs. de unges trivsel og selvværd. Her gennemgås indikatorer for psykisk sundhed. Det ses, at det blandt de unge er gået den rigtige vej på alle analyserede parametre.

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra 15,7 til 17,1 i projektperioden.

TABEL 6.11

Livskvalitet før og efter indsatsen. Score.

Livskvalitet før	15,7
Livskvalitet efter	17,1
Livskvalitet ændring	1,3

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvværd

De unges gennemsnitlige selvværd er steget fra 18,4 til 22,4. Den gennemsnitlige selvværd blandt de deltagende unge fra Vesthimmerland har fra starten været højere, end det er tilfældet i de fleste andre kommuner. Derfor er den gennemsnitlige stigning ikke så stor, som man ser andre steder, men det er værd at bemærke, at det især er de unge, der havde et meget lavt selvværd ved udgangspunktet, der har haft store stigninger i selvværdet.

TABEL 6.12

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

Selvværd før	18,4
Selvværd efter	22,4
Selvværd ændring	4,0

Anm.: Målt ved Rosenberg Scale of Self-esteem, skala 0-30.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvopfattet handleevne

Også i forhold til selvopfattet handleevne er der en stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra gennemsnitligt 27,2 til 29,0. Denne tiltro til, at man kan mestre forskellige problemer, kan være afgørende for at kunne fastholde en sundere livsstil.

TABEL 6.13

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

Selvopfattet handleevne før	27,2
Selvopfattet handleevne efter	29,0
Selvopfattet handleevne ændring	1,8

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen viser evalueringen ligeledes små forbedringer, idet der samlet på problemskalaerne ses et lille fald, og på den prosociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 6.14

Strengths and Difficulties (SDQ). Score.

	Problem-skala	Prosocial skala
Før	12,6	7,4
Efter	11,4	8,1
Ændring	-1,2	0,7

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket et fald i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 29,4 til 28,8. Det dækker over, at 12 unge har et faldende BMI, og 6 unge har haft et stigende BMI i perioden. Projektet har dermed opnået gode resultater på dette område på kun 12 uger.

Hvis man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 7,0 point over grænsen til

overvægt og sluttede 6,2 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,8 point tættere på normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.15

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	7,0
Efter	6,2
Ændring	-0,8

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED I ØVRIGT

De unges gennemsnitlige selvoplevede sundhed er steget fra 5,5 til 7,3 på en skala fra 1-10. De unge føler sig altså markant sundere ved indsatsens afslutning, end da de startede. Det kan skyldes, at de føler, at de er ”kommet i gang” med at bruge deres krop og spise sundere kost, hvilket giver dem en følelse af at være sundere, end de var før.

TABEL 6.16

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen.

Selvoplevet sundhed før	5,5
Selvoplevet sundhed efter	7,3
Selvoplevet sundhed ændring	1,5

Anm.: Skala 1-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

HOLBÆK: SÅ LETTER VI

Målgruppen er unge i 6. klasse og opefter med en uhensigtsmæssig vægtskurve. Projektet handler i høj grad om at udvikle en model for samarbejde mellem aktører og tilbud, der retter sig mod forebyggelse af overvægt hos børn og unge i kommunen. Da modellen først skulle udvikles, er selve indsatsen endnu kun så småt i gang, men i nedenstående beskrives indsatsen, som den ser ud nu. Der er primært tale om et individuelt forløb, som 7 deltagere er startet i indtil videre.

INDSATS/AKTIVITETER

Indtil videre har indsatsen primært bestået af månedlige samtaler, som sundhedsplejersken på skolen afholder med barnet og forældre gennem 1 år med udgangspunkt i metoderne ”Du bestemmer” og ”Små skridt”, samt et helhedsorienteret syn på barnet og familiens samspil og trivsel.

Samtalerne kan efter behov udvides med besøg i hjemmet. Sundhedsplejersken afdækker barnets behov og motivation for at indgå i idræt eller andre tilbud med fokus på trivsel, selvtillid og selvværd.

Barnet/den unge, med forældre, følges til de supplerende tilbud i organisationen, således at de støttes i den første svære kontakt med fx en idrætsaktivitet.

Der er desuden planen, at tilbuddet skal integreres med eksisterende tilbud i ungdomsskolen, SSP og DGI, og at der udvikles nye hold for målgruppen med fokus på kost, motion, trivsel og selvtillid.

Andre tiltag:

- Forældrene tilbydes ”Vægtstoprådgiver” forløb i grupper særlig tilrettelagt for denne målgruppe via Sundhedscentret med fokus på netværksdannelse. Der er ikke nogen forældre, der har tilmeldt sig disse hold.
- Etablering af tilbud om Kostvejledning individuelt eller i grupper. Fremover bliver tilbuddet gruppeforløb og ikke individuelle samtaler.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

Opfølgning er en integreret del af tilbuddet, idet der efter det første år og til undervisningspligtens ophør stadig vil være jævnlig kontakt med barnet. Der vil også være støtte til nye initiativer. Efter 9. klasse og til den unge fylder 18 år, fortsætter den kommunale tandpleje med opfølgningen.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Projektet er forankret hos sundhedsplejen, hvor der er ansat en projektleder. Projektet indbefatter samarbejde med blandt andet børnekonulentcenterets andre faggrupper, børnetandplejen, kommunens 28 skoler, ungdomsuddannelserne, ungdomsskolen, SSP, kommunallæge, sundhedscentret samt de praktiserende læger. Projektet er pr. 1. marts 2014 redefineret, og der er planlagt aktiviteter, der kan fremme antallet af projektdeltagere i den resterende projektperiode.

REKRUTTERING

Rekruttering sker ved vægtscreening i slutningen af 5. klasse. 45 unge har fået tilbuddet, men kun 7 har taget imod det. På baggrund af dette prøver de nu at sadle om, så rekrutteringen foregår på en ny måde, og der i højere grad fokuseres på gruppeforløb i stedet for individuelle forløb. Der er planlagt fire gruppeforløb, og rekrutteringen er i gang.

RESULTATER

Da projektet i høj grad var at udvikle en samarbejdsmodel, er de ikke nået så langt med selve indsatsen. Derfor foreligger der ikke brugbare data til at sige noget om resultater af indsatsen.

RANDERS: NU RYKKER VI!

Målgruppen er overvægtige unge på 6.-9. klassetrin samt deres forældre/familie. Der starter fire hold samtidig hvert halve år med ca. 8 unge på hvert hold. Indtil videre er de første fire hold gennemført, og yderligere 8 hold opstartet.

INDSATS/AKTIVITETER

Forløbene har en varighed på ca. 10 måneder og omfatter individuelle familiesamtaler, børne-/ungegruppemøder og motion samt sundhedseftermiddage for unge og forældre. Forløbet er mest intensivt i de første måneder, hvor der er en aktivitet næsten hver uge. Derefter bliver der længere mellem aktiviteterne, således at familierne gradvist kommer til at stå på egne ben.

Familiesamtaler er af ca. 1 times varighed med en sundhedsplejerske. Til familiesamtalerne arbejdes primært med kost, måltidsstruktur, motion, brug af PC/TV og søvn. Endvidere tales om, hvordan barnet har det i børne-/ungegruppen. Der tages udgangspunkt i redskaberne "Familiemappen", som indeholder information om og råd til livsstilsændringer og "Mindmap", som er en metode til at kortlægge barnets tanker og drømme samt barrierer og muligheder herfor. Der afholdes syv familiesamtaler i forløbet.

I hver børne-/ungegruppe er ca. 8 unge, og den køres af to sundhedsplejersker. Møderne starter med spisning af et sundt og mættende eftermiddagsmåltid, mens der tages en "runde" om, hvordan det er gået siden sidst. Herefter følger en eller to øvelser med en aktiv pause ca. midtvejs. Øvelserne har til formål at skabe øget bevidsthed omkring de unges egne ressourcer, positive egenskaber og kompetencer samt at styrke sammenholdet i gruppen ved, at de unge deler erfaringer og støtter hinanden. Hver mødegang slutter af med, at der samles op, og de unge reflekterer over, hvad de tager med sig derfra.

Til motionsgangene præsenteres de unge for en masse forskellige lege og teambuildingsøvelser samt mere traditionelle motionsaktiviteter, såsom boldspil, styrketræning og gymnastik. Formålet er at styrke de unges kropsglæde og selvværd samt at give dem mod på at blive mere fysisk aktive i fritiden. Undervisningen tilrettelægges, så *alle* unge får succesoplevelser. Der lægges vægt på sammenhold og samarbejde, og de unges idéer inddrages, så de opnår ejerskab. Eksempelvis opfordres de til at medbringe musik og til at byde ind med idéer til aktiviteter samt med de kompetencer, de eventuelt måtte have inden for fysisk aktivitet. I det omfang, det er muligt, besøges eller inddrages eksterne undervisere/trænere fra forskellige idrætstilbud i kommunen med henblik på at bygge bro til eksisterende tilbud, de unge kan fortsætte i. Mødegangene

varer 2 timer og afvikles i en gymnastiksal centralt placeret i Randers i tidsrummet 15-18, alt efter hvornår det er muligt at låne en gymnastiksal.

I forløbet indgår desuden to sundhedseftermiddage med input og aktiviteter for forældre og børn. Sundhedseftermiddage afholdes samlet for de fire hold, som er startet samtidigt. Den første sundhedseftermiddag har fokus på ”mindfull spisning”, dvs. nærvær og bevidsthed ift. mad og måltider.

Den anden sundhedseftermiddag har fokus på motion. Her præsenteres familierne for et oplæg om, hvorfor motion er vigtigt, og hvordan man kan komme i gang og en introduktion til Ungdomsskolens mange gratis motionstilbud. Eftermiddagen afsluttes med, at familierne introduceres til geocaching og sammen finder 1-2 caches i umiddelbar nærhed af Sundhedscentret.

Derudover tilbydes forældrene til unge, der er med i indsatsen, at deltage på vægttabsforløb, hvor fokus er på forældrenes egen vægt. Dette tilbud gælder forældre med BMI over 30.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

Aftenen inden børne-/ungegruppe eller motion sendes alle familier en sms som hjælp til at huske at komme af sted. Der har været et stort frafald på de første fire hold, idet kun 18 ud af 32 gennemførte forløbet. Dette skyldes formodentlig, at forløbene startede op kun 2 måneder inden sommerferien og under lockouten på skolerne. På de igangværende hold er der større stabilitet.

Efter afsluttet forløb kontaktes alle familier, som har gennemført forløbet, årligt og tilbydes en individuel opfølgende samtale med den sundhedsplejerske, som de har haft kontakt til i forløbet. Familierne kontaktes pr. mail med et forslag til en dato, og familierne skal selv melde tilbage, hvorvidt de ønsker en samtale. Reagerer en familie ikke på henvendelsen, tages det som et ”nej tak” til den opfølgende samtale.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Nu rykker vi er et samarbejdsprojekt mellem en række afdelinger og forvaltninger i Randers Kommune. Projektet er forankret i Sundhedsplejen, og herudover deltager Randers Ungdomsskole, Sundhedsteamet, Kultur- og Fritidsforvaltningen og Børn- og Skoleforvaltningen. Desuden er der etableret samarbejdsrelationer til forskellige idrætsforeninger.

Der er udarbejdet manual/drejbog til både familiesamtalerne og børne-/ungegruppemøderne.

Kompetenceudvikling er en vigtig del af projektet, idet sundhedsplejerskerne skal føle sig klædt på til opgaven. Der har været afholdt temadag om at køre børnegrupper samt oplæg om overvægt, kost og empowerment. Herudover afholdes løbende supervision.

REKRUTTERING

Der anvendes både målrettet og bred rekruttering. Den målrettede rekruttering sker primært via udskolingsundersøgelsen i 8. klasse, hvor alle overvægtige unge får tilbud om deltagelse og en folder med hjem. Derudover kontaktes familien. Desuden er alle unge/familier i målgruppen, som i forvejen er i et "behovsforløb" ift. overvægt, blevet tilbudt deltagelse. Den brede rekruttering sker ved at udbrede kendskabet til projektet, herunder på skolernes intranet, på relevante hjemmesider, Facebooksider og infoskærme, via plakater på alle skoler og tandklinikker og i medierne. De oplever, at det er meget svært at rekruttere de unge, som kun er moderat overvægtige, idet unge og forældre i det tilfælde sjældent oplever, at der er et problem.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 100 unikke unge. Det er dog kun den første runde med 32 unge, som pt. er afsluttet, og heraf var det som nævnt kun 18, der gennemførte forløbet. Desuden er alle unge ikke fuldt registrerede. Derfor ligger der kun før- og efterdata for henholdsvis 17 (de unges spørgeskemaer) og 15 (højde-/vægtmålinger) unge.

Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de unge, som vi har før-/efterdata på.

TABEL 6.17

Randers – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	100
Barn startskema	82
Barn slutskema	18
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>17</i>
Sundhedsplejerske startskema	84
Sundhedsplejerske slutskema	16
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>15</i>

PSYKISK SUNDHED

Indsatsen er ikke kun rettet mod den fysiske sundhed, men i ligeså høj grad mod den psykiske, dvs. de unges trivsel og selvværd. Her gennemgås indikatorer for psykisk sundhed.

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget lidt fra 15,2 til 15,7 i projektperioden.

TABEL 6.18

Livskvalitet før og efter indsatsen. Score.

Livskvalitet før	15,2
Livskvalitet efter	15,7
Livskvalitet ændring	0,5

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvværd

De unges gennemsnitlige selvværd er ligeledes steget fra 17,5 til 23,6, det vil sige en markant stigning. Indsatsen ser altså ud til at lykkes med at give de unge et højere selvværd, hvilket var et vigtigt mål med indsatsen. Det er værd at bemærke, at det især er de unge, der havde et meget lavt selvværd ved udgangspunktet, der har haft store stigninger i selvværdet.

TABEL 6.19

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

Selvværd før	17,5
Selvværd efter	23,6
Selvværd ændring	6,2

Anm.: Målt ved Rosenberg Scale of Self-esteem, skala 0-30.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvopfattet handlevne

I forhold til selvopfattet handlevne er der et lille fald i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra gennemsnitligt 27,7 til 27,2.

TABEL 6.20

Selvopfattet handlevne før og efter indsatsen. Score.

Selvopfattet handlevne før	27,7
Selvopfattet handlevne efter	27,2
Selvopfattet handlevne ændring	-0,5

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen viser evalueringen små forbedringer, idet der samlet på problemskalaerne ses et lille fald, og på den pro sociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 6.21

Strengths and Difficulties (SDQ). Score.

	Problemskala	Prosocial skala
Før	11,9	6,9
Efter	11,5	7,3
Ændring	-0,4	0,4

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15.
 Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket en meget lille stigning i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 27,7 til 27,9. Det dækker over, at 6 unge har et faldende BMI, og 9 unge har haft et stigende BMI i perioden. Alt i alt har de unge stort set fastholdt deres vægt på de 10 måneder, hvilket er godt for unge i denne alder.

Hvis man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 4,9 point over grænsen til overvægt og sluttede 4,6 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,3 point tættere på normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.22

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	4,9
Efter	4,6
Ændring	-0,3

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED I ØVRIGT

De unges gennemsnitlige selvoplevede sundhed er steget fra 6,3 til 6,8 på en skala fra 1-10. De unge føler sig altså lidt sundere ved indsatsens afslutning, end da de startede. Det kan skyldes, at de føler, at de er ”kommet i gang” med at bruge deres krop og spise sundere kost, hvilket giver dem en følelse af at være sundere, end de var før.

TABEL 6.23

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen. Score.

Selvoplevet sundhed før	6,3
Selvoplevet sundhed efter	6,8
Selvoplevet sundhed ændring	0,5

Anm.: Skala 1-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

TØNDER: GODT FOR MIG

Målgruppen er overvægtige unge på 7.-9. klassetrin samt deres forældre. Indtil videre har ca. 50 unge (og disses forældre) været tilknyttet projektet "Godt for mig". De har været inddelt i syv hold, fordelt på kommunens fem distrikter.

INDSATS/AKTIVITETER

Indsatsen består af et holdforløb, der varer ca. 4 måneder, hvor de unge mødes hver fjortende dag. Derudover afholdes fem forældrearrangementer om året. På holdene har der været arbejdet målrettet med forskellige aspekter iht. at leve som overvægtigt barn/teenager. Aktiviteterne omfatter bl.a.:

For de unge:

- Dialoggruppe: De unge sparrer med hinanden omkring forskellige oplevelser og udfordringer ved at være ung og overvægtig.
- Sukker- og fedtværksted: De unge deltager i en session, hvor de meget visuelt lærer at tælle kalorier.
- "Barnets historie": Holddeltagerne skriver dårlige oplevelser fra deres liv ned på en lap papir, hvorefter papiret afbrændes i et lille ritual. Det har særligt en god effekt på unge fra belastede familier.
- Selvværdsøvelser med udgangspunkt i "du bestemmer"-metoden. Fokus på personlige målsætninger.
- Motion: Der dyrkes motion til hver mødegang i form af aktive lege eller besøg i motionscenter. I motionscenteret undervises de unge af en instruktør, og der er særlig fokus på høj puls og afslapningsøvelser.

For familierne:

- Familierådgivning under overskrifterne: "Nej er et kærligt svar" og "Teenager i huset". Rådgivningen omhandler de problematikker, der opstår i familier med et ungt menneske i huset. Der vejledes i, hvordan man kommunikerer med en anerkendende tilgang, og

hvordan man som forældre også lærer at lægge ansvaret over til den unge selv. Der undervises derudover i konkrete ”redskaber” til at løse konflikter.

- Foredrag af diætist: Der laves mad i et skolekøkken i fælleskabet mellem unge, forældre, sundhedsplejen og en diætist. Diætisten holder under arrangementet et foredrag omkring sammensætningen af måltider, kalorieindtag osv. Der er særlig fokus på mellemmåltider. Aftenen afsluttes med, at de unge laver madpakker til den efterfølgende dag.
- Deltagelse i Tønderløbet samt deltagelse i ”Godt for mig”-arrangementet *Gåtur-over-Romødæmningen* (ca. 10 km).

Alle holdforløbene faciliteres af to sundhedsplejersker.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

Det har været en udfordring at fastholde deltagerne i de forskellige holdforløb. Det vurderes at være en særlig udfordring, at målgruppen er 7.-9-klasses-elever, da de rammer aldersgruppen af unge i puberteten (12-15 år), der kæmper med at finde en identitet og derfor ikke ønsker at udstille problematikken omkring at være overvægtig. Der har således også været frafald, og kun ca. 40 har gennemført forløbene.

Der har ligeledes været meget svingende opbakning fra forældrene, hvorfor man har forsøgt at udarbejde en ”kontrakt” mellem sundhedsplejen og de deltagende familier – initiativet har dog ikke båret frugt.

Som en del af opfølgningen inviteres alle tidligere deltagere med til det årlige motionsløb, Tønderløbet.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

”Godt for mig” er et tværsektorielt samarbejde mellem to forvaltninger i Tønder Kommune, en række praktiserende læger og flere af kommunens uddannelsesinstitutioner.

REKRUTTERING

I Tønder Kommune rekrutterer man via en række forskellige kanaler. Alle undervisere på de relevante klassetrin bliver informeret om ”Godt for mig”-tilbuddet og har mulighed for at henvise til projektet, hvis de oplever unge i deres klasse, der kunne være i målgruppen og/eller have interesse for at deltage. Derudover er projektet blevet lanceret på forældreintra på skolerne, så alle forældre har set tilbuddet. Yderligere tager sundhedsplejen direkte fat i de unge, der ifølge deres database har deltaget i et forløb på julemærkehjem, og som passer i målgruppen.

Om end det kun er ganske få, der er blevet henvist af praktiserende læge, er dette også en mulighed, da alle de praktiserende læger er

informeret om projektet, og enkelte fungerer som nævnt også som partnere i projektet.

Alle potentielle deltagere indkaldes med familien til visitations-samtale for at sikre motivationen og forældrenes opbakning.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 54 unikke unge. Det er dog kun de første to ”runder” af unge, der indtil videre har afsluttet forløbet, og som der ligger før- og efterdata på. I forhold til højde- og vægtmålinger er der før- og efterdata på 18 unge, og i forhold til de unges spørgeskemaer er der før- og efterdata på 20 unge.

Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de unge, som vi har før-/efterdata på.

TABEL 6.24

Tønder – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	54
Barn startskema	42
Barn slutskema	25
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>20</i>
Sundhedsplejerske startskema	40
Sundhedsplejerske slutskema	20
<i>Unge med både før- og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>18</i>

PSYKISK SUNDHED

Indsatsen er ikke kun rettet mod den fysiske sundhed, men i ligeså høj grad mod den psykiske, dvs. de unges trivsel og selvværd. Her gennemgås indikatorer for psykisk sundhed. Her ses, at det blandt de unge er gået den rigtige vej på alle analyserede parametre.

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er steget fra 14,7 til 15,3 i projektperioden.

TABEL 6.25

Livskvalitet før og efter indsatsen. Score.

Livskvalitet før	14,7
Livskvalitet efter	15,3
Livskvalitet ændring	0,6

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvværd

Den største forandring, der er sket med de unge i indsatsperioden, er en betydelig stigning på selvværdsskalaen, hvor de i gennemsnit er gået fra 15,6 point til 23,0 point, dvs. en stigning på 7,3 point. Indsatsen ser altså ud til at lykkes med at give de unge et højere selvværd. Det er værd at bemærke, at det især er de unge, der havde et meget lavt selvværd ved udgangspunktet, der har haft store stigninger i selvværdet.

TABEL 6.26

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

Selvværd før	15,6
Selvværd efter	23,0
Selvværd ændring	7,3

Anm.: Målt ved Rosenberg Scale of Self-esteem, skala 0-30.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvopfattet handlevne

I forhold til selvopfattet handlevne er der ligeledes en stigning i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra gennemsnitligt 28,3 til 29,7.

TABEL 6.27

Selvopfattet handlevne før og efter indsatsen. Score.

Selvopfattet handlevne før	28,3
Selvopfattet handlevne efter	29,7
Selvopfattet handlevne ændring	1,4

Anm.: Målt ved The General Self-efficacy Scale, skala 10-40.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen viser evalueringen små forbedringer, idet der samlet på problemskalaerne ses et lille fald, og på den prosociale skala ses en meget lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 6.28

Strengths and Difficulties (SDQ). Score.

	Problem- skala	Prosocial skala
Før	14,2	7,9
Efter	13,4	8,1
Ændring	-0,9	0,2

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15.
Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket en meget lille stigning i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 27,4 til 27,6. Det dækker over, at 7 unge har et faldende BMI, og 11 unge har haft et stigende BMI i perioden. Alt i alt har de unge gennemsnitligt stort set fastholdt deres vægt, hvilket er godt for unge i denne alder.

Når man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 4,8 point over grænsen til overvægt og sluttede 4,7 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,1 point tættere på normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.29

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	4,8
Efter	4,7
Ændring	-0,1

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED I ØVRIGT

De unges gennemsnitlige selvoplevede sundhed er steget fra 5,3 til 6,6 på en skala fra 1-10. De unge føler sig altså lidt sundere ved indsatsens afslutning, end da de startede. Det kan skyldes, at de føler, at de er ”kommet i gang” med at bruge deres krop og spise sundere kost, hvilket giver dem en følelse af at være sundere, end de var før.

TABEL 6.30

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen. Score.

Selvoplevet sundhed før	5,3
Selvoplevet sundhed efter	6,6
Selvoplevet sundhed ændring	1,5

Anm.: Skala 1-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

SVENDBORG: SUNDE UNGE – SVENDBORG

Målgruppen er familier med et overvægtigt barn i 6.-10. klasse. Der er afsluttet to hold og opstartet et tredje hold. Hvert hold er på 8-12 deltagere.

INDSATS/AKTIVITETER

Indsatsen består af et intensivt 6 måneders forløb med opfølgningsgruppemøde efter 3 måneder. Forløbet indeholder:

1. Familiesamtaler med stamsundhedsplejerske (opstart, afslutning og opfølgning)
2. Gruppemøder hver anden uge for unge, hvor der bl.a. tales om, hvad de unge spiser, flertalsmisforståelser om sundhed og andre brede sundhedsfaglige problemstillinger i relation til overvægt, herunder mental sundhed
3. Motion hver anden uge for unge, arrangeret af Svendborg Gymnastikforening
4. Forældreforløb, hvor forældrene mødes fem gange undervejs i forløbet. Der tales om vaner og vaneændringer med udgangspunkt i små skridt metoden.

Børn/unge er delt op i ”Juniorgruppen” (6.-7. klasse) og ”Ungegruppen” (8.-10. klasse). Disse to grupper er slået sammen, når der dyrkes motion.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

3 måneder efter afsluttet gruppeforløb afholdes der opfølgningsmøde inkl. forældre. De unge kan fortsætte i indsatsen, til de fylder 18 år. Der er planlagt en ”2. bølge”, hvor 3 ungdomsuddannelsers (gymnasiet, erhvervsforskolen og SOSU-skolen) elever har mulighed for at få en temaeftermiddag med kost og motion.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Projektet er forankret i Sundhedsafdelingen i Svendborg Kommune, og sundhedsplejerskerne er de centrale fagpersoner i indsatsen. I alt har otte

sundhedsplejersker og en diætist deltaget i undervisningsgruppen, som arbejder med de unge og forældre i praksis (*gruppemøder*). Der har været arbejdet med en organisering, hvor sundhedsplejerskerne var undervisere i en "rulleordning". De resterende sundhedsplejerskers opgave er at rekruttere unge til indsatsen.

Svendborg Gymnastikforening (SG) har været med i udarbejdelsen af projektbeskrivelsen og deltager som en vigtig samarbejdspartner i forhold til *motion* for unge i gruppeforløbet. Der er tilknyttet en overordnet koordinator (SG's udviklingschef) og to instruktører (uddannede fysioterapeuter), som varetager instruktionen i motionsdelen hver anden uge.

Derudover har Svendborg Ungdomsskole været involveret med to medarbejdere, som har fungeret som "trivselspersoner" og har deltaget på tværs af aktiviteterne.

Der arbejdes med koordineringen mellem de forskellige aktiviteter, da der har været en oplevelse af, at sammenhængen mellem og kontinuiteten i aktiviteterne kunne være bedre. Ændringerne består af, at færre sundhedsplejersker skal deltage i gruppeundervisningen, og at der skal være motion hver uge. Dermed foregår nogle motionsgange i relation til gruppemøderne, så de involverede ansatte møder hinanden. Ungdomsskolen har ikke haft ressourcer til at fortsætte samarbejdet og har således kun været med i projektet på de første to hold, som evalueres her.

REKRUTTERING

Den primære rekruttering sker gennem sundhedsplejerskerne. Da sundhedsplejerskerne i efteråret 2012 havde sundhedssamtaler med 6. klasser og udskolingsklasser på kommunens skoler, kendte de til det kommende projekt, men ikke hvad det præcis kom til at indeholde, og hvordan organiseringen ville være. Derfor orienterede de unge og forældre i målgruppen om, at der ville komme et tilbud, og at de ville kontakte dem igen tættere på opstarten i foråret 2013. I februar lå den endelige rekrutteringsbeskrivelse og projektets organisering fast, og forømtalte familier blev kontaktet igen af deres stamsundhedsplejerske. Størstedelen telefonisk eller ved en personlig samtale (ved de familier, som sundhedsplejersken i øvrigt ser jævnligt). Andre unge i målgruppen blev også kontaktet telefonisk for at orientere om tilbuddet. Alle stamsundhedsplejersker har derudover lagt et link til projektet ud på skoleintra på deres skoler, og nogle har sendt direkte til klasserne (6.-10. klasse). En familie har selv henvendt sig. På trods af den korte rekrutteringsperiode, som var mulig før første holdopstart, lykkedes det at rekruttere 18 unge.

RESULTATER

Datagrundlag: Der er udfyldt skemaer for i alt 26 unikke unge. Der er startdata for de tre første hold, der er startet op. De to første hold er også afsluttet, men der er en del frafald på holdene, og derfor ligger der kun

efterdata på henholdsvis 7 (sundhedsplejerskens målinger) og 8 (de unges spørgeskemaer) unge, som har gennemført forløbet.

Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de unge, som vi har før-/efterdata på.

TABEL 6.31

Svendborg – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	26
Barn startskema	23
Barn slutskema	8
<i>Unge med både start- og slutskema</i>	<i>8</i>
Sundhedsplejerske startskema	23
Sundhedsplejerske slutskema	7
<i>Unge med både før og eftermålinger fra sundhedsplejersken</i>	<i>7</i>

PSYKISK SUNDHED

Indsatsen er ikke kun rettet mod den fysiske sundhed, men i ligeså høj grad mod den psykiske, dvs. de unges trivsel og selvværd. Her gennemgås indikatorer for psykisk sundhed.

Livskvalitet

Den gennemsnitlige livskvalitet er faldet fra 19,6 til 18,3 i projektperioden. Selvom det er gået den forkerte vej, så ligger scoren for de involverede unge relativt højt i forhold til projektdeltagere i andre kommuner. Samtidig er der tale om en ret lille gruppe unge, og resultatet bør derfor ikke overfortolkes.

TABEL 6.32

Livskvalitet før og efter indsatsen. Score.

Livskvalitet før	19,6
Livskvalitet efter	18,3
Livskvalitet ændring	-1,4

Anm.: Målt ved WHO-5, skala 0-25.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvværd

Den største forandring, der er sket med de unge i indsatsperioden, er en markant stigning på selvværdsskalaen, hvor de i gennemsnit er gået fra 16,3 point til 24,0 point, dvs. en stigning på 7,8 point. Indsatsen ser altså ud til at give de unge et højere selvværd. Det er værd at bemærke, at det især er de unge, der havde et meget lavt selvværd ved udgangspunktet, der har haft store stigninger i selvværdet.

TABEL 6.33

Selvværd før og efter indsatsen. Score.

Selvværd før	16,3
Selvværd efter	24,0
Selvværd ændring	7,8

Anm.: Målt ved Rosenberg Scale of Self-esteem, skala 0-30,
 Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Selvopfattet handleevne

I forhold til selvopfattet handleevne er der sket et markant fald i de unges gennemsnitlige score, idet den går fra gennemsnitligt 34,9 til 30,3. Som med scoren for livskvalitet, som også faldt (dog noget mindre), så ligger den gennemsnitlige score for selvopfattet handleevne for de involverede unge her relativt højt i forhold til projektdeltagere i andre kommuner. Det kan tyde på, at de unge, som har gennemført dette forløb, fra starten har været relativt robuste. Samtidig er der tale om en ret lille gruppe unge, og resultatet bør derfor ikke overfortolkes. Dog kan selvoplevet handleevne være afgørende for udsigten til at mindske overvægt, og der bør derfor være en særlig opmærksomhed på dette, når der foreligger et større datagrundlag.

TABEL 6.34

Selvopfattet handleevne før og efter indsatsen. Score.

Selvopfattet handleevne før	34,9
Selvopfattet handleevne efter	30,4
Selvopfattet handleevne ændring	-4,6

Anm.: Målt ved Rosenberg Scale of Self-esteem, skala 0-30,
 Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

Styrker og vanskeligheder (SDQ)

På SDQ-skalaen viser evalueringen små forbedringer, idet der samlet på problemskalaerne ses et fald, og på den prosociale skala ses en lille stigning i den gennemsnitlige score.

TABEL 6.35

Strengths and Difficulties (SDQ). Score.

	Problem- skala	Prosocial skala
Før	11,3	7,0
Efter	10,1	7,6
Ændring	-1,1	0,6

Anm.: Målt ved SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Problemskala 0-60, prosocial skala 0-15.
Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket en stigning i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 26,3 til 27,0. Det dækker over, at 2 unge har et faldende BMI, og 5 unge har haft et stigende BMI i perioden. Alt i alt er det ikke lykkedes at fastholde vægten set gennemsnitligt over de 7 unge.

Når man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 3,9 point over grænsen til overvægt og sluttede 4,3 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,4 point længere fra normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.36

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	3,9
Efter	4,3
Ændring	0,4

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

FYSISK SUNDHED I ØVRIGT

De unges gennemsnitlige selvoplevede sundhed er steget fra 5,5 til 6,6 på en skala fra 1-10. De unge føler sig altså sundere ved indsatsens afslutning, end da de startede. Det kan skyldes, at de føler, at de er ”kommet i gang” med at bruge deres krop og spise sundere kost, hvilket giver dem en følelse af at være sundere, end de var før.

TABEL 6.37

Selvoplevet sundhed før og efter indsatsen. Score.

Selvoplevet sundhed før	5,5
Selvoplevet sundhed efter	6,6
Selvoplevet sundhed ændring	1,1

Anm.: Skala 1-10.

Kilde: Spørgeskemaer udfyldt af de unge før og efter indsatsen.

LANGELAND: SUNDHEDSGRUPPEN

Målgruppen er unge mellem 6. og 9. klasse med overvægt ved sidste måling eller en uhensigtsmæssig vægtudvikling – og deres forældre. Der er opstartet to hold, det ene er gennemført. Holdstørrelsen er beregnet til ca. 10, men da der har været et stort frafald på gruppedelen, var der på det første hold kun 3 deltagere, der gennemførte. Der er bedre tilslutning til den individuelle del af forløbet.

INDSATS/AKTIVITETER

Der er kontakt mellem deltagerne og deres forældre ca. en gang om måneden i en individuelt aftalt periode. Over et skoleår vil der være:

- 5 gange med samtalegrupper. I samtalegrupperne præsenteres viden omkring overvægt, og der er rum for drøftelser og erfaringsudveksling. Der undervises efter metoden ”små skridt til varigt vægttab” med den motiverende samtale som grundelement. Ligeledes inddrages elementer fra metoden ”aktive vurderinger”. I grupperne er der ligeledes blevet afholdt workshop med Meyers Madhus.
- 5 gange med individuelle samtaler med sundhedsplejersken. De individuelle samtaler bygger også på den motiverende samtale og har til formål at fastholde den unge samt forældrene i projektet og give en individuel vejledning efter behov.
- 2 gange med almen praksis.

Derudover dannes netværk i samtalegrupperne, som organiserer og deltager i forskellige aktiviteter, udviklet af et ”ungepanel” med 5-8 projektdeltagere. Hvert år opstartes netværket med et mindre event. Der er store krav til forældreinvolvering.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

Som nævnt har det været problematisk at fastholde deltagerne, formentlig på grund af de høje krav til forældredeltagelse. Efter forløbet holdes kontakten via den enkelte sundhedsplejerske.

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Sundhedsplejen har ansvaret for rekruttering til projektet og gennemførelsen af projektet. Der samarbejdes i projektet med de praktiserende læger, som foretager en før- og efterundersøgelse af projektdeltagerne.

REKRUTTERING

Eleverne rekrutteres via sundhedsplejerskernes sidst udførte højde/vægtmåling. Det vurderes af den praktiserende læge, om overvægten skyldes sygdom, eller om der er tale om ”simpel overvægt”.

RESULTATER

På grund af den sparsomme rekruttering foreligger der ikke brugbare data til at sige noget om resultater af indsatsen.

VALLENSBÆK: FEEL THE POWER

Målgruppen er unge i 6.-9. klasse (og deres forældre), der har haft uhenigtsmæssig vægt-/højdeudvikling eller ligger lige på eller over 90-percentilen, samt unge, der er kommet hjem fra Julemærkehjem og deres forældre (inkl. de, hvis børn er på Julemærkehjem). Der er gennemført et hold, og hold to er nu i gang. Holdstørrelsen var beregnet til 15 deltagere pr. hold, men på grund af stor interesse var der 21 på første hold, hvoraf 15 gennemførte.

INDSATS/AKTIVITETER

Indsatsen består af et forløb på 6 måneder. Centralt er en tilgang om, at de unge allerede har den viden, de skal bruge om, hvad der er sundt, og at de derfor i projektet arbejder med at finde den enkeltes muligheder/barrierer for det sunde liv samt at skabe energi/power til at arbejde med vaneændring. Motivation, forståelse og anerkendelse er centrale. Der er følgende elementer:

- Samråd: Der afholdes 3 samråd hos sundhedsplejersken med forældre (start, midtvejs og slut). Forældrene har mulighed for selv at booke det tidspunkt, der passer dem bedst. Samråd afholdes på sundhedsplejerskens kontor på en af kommunens skoler, men der tilbydes samråd i hjemmet, hvis familierne ønsker det (ingen ønskede dog dette sidste år).
- Caféaften: Der afholdes en caféaften om måneden i tidsrummet 19.00-21.00 (primært m. sundhedsplejerske og motionskonsulent og uden forældre). De første 30-45 min. bliver brugt til at drøfte motivation og tale med de unge om, hvordan det går med deres individuelle plan. Resten af caféaftenen er blevet brugt til hygge og socialt

samvær, og efter de unges ønske har de bl.a. spillet spil, drukket the samt lavet og spist sunde snacks.

- Motion: Der afholdes motionseftermiddage en gang om måneden (primært m. motionskonsulent og uden forældre). Motionskonsulenten tager de unge med til afprøvning af sport i det lokale foreningsliv. De forsøger at vælge lidt anderledes sportsgrene end traditionel holdsport (fodbold, håndbold). De har bl.a. haft de unge med til taekwondo, tennis, kajak og springgymnastik. Derudover forsøger de at hjælpe de unge med at finde muligheder for individuel motion, fx ved at udarbejde et træningsprogram med dem.
- Madlavningsaften: Der afholdes madlavningsaften på en af kommunens skoler en gang om måneden i tidsrummet 17.00-20.00 (primært m. sundhedsplejerske og madkundskabslærer og uden forældre). Madkundskabslæreren kommer med nemme og sunde opskrifter, og samtidig inspirerer han til at prøve noget nyt og anderledes. De unge har taget rigtigt godt imod dette.
- Gratis abonnement til valgfri sport: Alle deltagere, der gennemfører det 6 måneders projektforsløb, har mulighed for at få et gratis abonnement til en valgfri sport på højst 1.000 kr. Det foregår på den måde, at forældrene sender kvittering for betaling af sportsaktivitet samt deres cpr-nummer, og så overføres pengene til forældrenes nemkonto.

Derudover er der nedsat en tværfaglig gruppe, som består af de 3 faste voksne i projektet, kommunens psykolog, kommunens diætist og kommunens lægekonsulent. Gruppen mødes på Rådhuset (3 gange pr. hold), og her drøftes de enkelte unges problematikker (anonymt), og der lægges en fælles plan for, hvordan de faste voksne kan arbejde videre med at hjælpe dem. Hvis der på mødet vurderes, at den unge kunne have gavn af individuel hjælp fra diætist, psykolog eller lægekonsulent, bliver den unge og forældre herefter opfordret til dette.

FASTHOLDELSE OG OPFØLGNING

Fastholdelsen af deltagere og fremmødet har været stort på det første hold. Der er blevet gjort følgende for at fremme fremmødet:

- Udleveret aktivitetsplan med mødetid og sted for 3 måneder ad gangen
- Skrevet reminder på Facebook dagene op til aktiviteten (lukket gruppe for de deltagere, der har lyst)
- Sendt reminder sms til ALLE deltagere dagen før aktiviteten.

Alle unge i projektet tilbydes opsamlende samtale ved en sundhedsplejerske, indtil den unge fylder 18 år. Ved det sidste samråd aftales der, hvor-

når der skal være opsamlende samtale igen. (De fleste unge på Hold 1 ønskede opsamlende samtale ca. hver 3.-4. måned). Samtalerne kan enten være hos sundhedsplejersken fra projektet eller sundhedsplejerske på den skole, den unge går på.

De holder desuden kontakt med de unge, der er afsluttet i projektet, på sms og Facebook og afholder endvidere en "gensynsaften" en gang om året (Hold 1 har lige holdt gensynsaften, og der var meget stort fremmøde).

PROJEKTSTYRING/IMPLEMENTERING

Der er kun tre voksne, som er fast tilknyttet projektet, for at sikre tryk-
hed og fortrolighed i gruppen. Det er en sundhedsplejerske, en motions-
konsulent og en madkundskabslærer, som står for de forskellige be-
skrevne aktiviteter. De tre voksne er henholdsvis en kvinde og to mænd,
hvilket giver en god dynamik og hjælper til at tiltrække drenge.

REKRUTTERING

Sundhedsplejerskerne: Sundhedsplejerskerne ser 6. og 8. klasse til alm.
sundhedssamtale i rekrutteringsperioden, og her forsøger de at motivere
de unge, der opfylder kravet for at kunne deltage.

Desuden ser sundhedsplejerskerne de overvægtige "behovsbørn"
(7. og 9. klasse) i rekrutteringsperioden og opfordrer dem til at deltage i
projektet.

De unge, som opfordres til deltagelse i projektet, får udleveret
pjece og avisartikel (fra lokalavisen) med 2 tidligere deltagere i projektet.

Lærere, forældre og elever: Alle lærere bliver informeret på Per-
sonaleintra om Feel The Power, og de opfordres til at motivere de elever,
der måtte have behov for deltagelse. Der bliver ligeledes lavet opslag på
forældre- og elevintra, så interesserede selv kan henvende sig.

Feel the Power voksne: De har i år også valgt at lave en "reklame-
rundtur", hvor sundhedsplejersken og madkundskabslæreren i projek-
tet går rundt i samtlige 6.-9. klasser og holder et oplæg og har en dialog
med de unge om projektet. (ca. 10 min. pr. klasse). De forsøger med
denne rundtur at give lysten til at melde sig til projektet, men forsøger
også at give projektet positiv omtale for på den måde at forebygge omta-
le som "fedeprojekt" eller lignende (der oftest vil skyldes uvidenhed)!

RESULTATER

Datagrundlag: Indsatsen i Vallensbæk gik i gang, inden spørgeskemaerne
lå klar, og derfor har de unge for det første hold ikke udfyldt startskema-
erne. Det andet hold er ikke afsluttet, hvorfor der endnu ikke ligger slut-
skemaer fra disse unge. Det er derfor ikke muligt at lave før- og eftermå-
linger på de unges skemaer. Til gengæld har sundhedsplejerskerne målt

og vejte de unge ved starten, og der er derfor før- og eftermålinger på de unges BMI i forhold til hold 1.

Der er udfyldt skemaer for i alt 37 unikke unge, og fordelingen kan ses i tabel 6.38. 17 unge har udfyldt startskemaer, mens ingen har udfyldt slutskema, hvorfor der ikke kan laves en før- og eftermåling på grundlag af de unges spørgeskemaer. Der er startoplysninger for 34 unge fra sundhedsplejerskerne og slutdata fra 15 unge, som har gennemført forløbet. Det betyder, at der foreligger før- og efterdata på vægt og højde for 15 unge.

Datagrundlaget er ikke stort nok til at lave sikre konklusioner om indsatsens virkning generelt, men i det følgende beskrives, hvordan det er gået de 15 unge, som vi har data på.

TABEL 6.38

Vallensbæk – antal udfyldte skemaer.

I alt unge	37
Barn startskema	17
Barn slutskema	0
Unge med både start- og slutskema	0
Sundhedsplejerske startskema	34
Sundhedsplejerske slutskema	15
Unge med både før og eftermålinger fra sundhedsplejersken	15

FYSISK SUNDHED – VÆGT

Der er sket et fald i den gennemsnitlige BMI for de unge fra 26,3 til 25,7. Det dækker over, at 12 unge har haft et faldende BMI, og 3 unge har haft et stigende BMI i perioden. Dermed ser det ud til, at indsatsen har haft en gavnlig betydning for de unges vægt.

Hvis man regner på, hvad det betyder i forhold til de unges overvægt, så startede de unge gennemsnitligt 3,1 point over grænsen til overvægt og sluttede 2,3 point over samme grænse. Deres BMI er altså rykket 0,8 point tættere på normalvægt i løbet af projektet.

TABEL 6.39

BMI-point over grænsen for overvægt.

Før	3,1
Efter	2,3
Ændring	-0,8

Kilde: Højde- og vægtmålinger foretaget af sundhedsplejersker før og efter indsatsen.

ANDRE PARAMETRE FOR SUNDHED OG TRIVSEL

Da der som nævnt ikke foreligger før- og eftermålinger for de unge, kan vi ikke se, om der er sket ændringer i fx selvværd, livskvalitet og selvopfattet handleevne. Dette er vigtige mål for indsatsen, som kan have stor

betydning for muligheden for varigt vægttab. Det er derfor interessant at se disse resultater, når der foreligger et større datagrundlag.

BILAG

BILAG 1 SATSPULJE

BILAG 2 BMI

UDMØNTNING AF SATSPULJEN

”Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge 2012-2015”

Kommuner inviteres hermed til at indsende ansøgninger om deltagelse i modelprojekt på området ”Forebyggende indsats for overvægtige børn og unge”. Ansøgningerne skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest 15. juni 2012 kl. 12.

Som led i satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2012-2015 er der afsat midler til at styrke den forebyggende indsats for børn og unge forankret i de eksisterende forebyggende ordninger med fokus på opsporing og tidlig indsats.

Sundhedsstyrelsen forestår udmøntning af satspuljen med en samlet bevilling på 28 mio.kr. Heraf er de 16 mio. kr. øremærket Julemærkehjemmene med 4 mio. kr. årligt i perioden 2012-2015.

Af de resterende 12 mio. kr. afsættes 920.000 kr. til drift, understøttende centrale aktiviteter og evaluering. 11.080.000 fordeles over 4 år med 2.270.000 kr. om året til kommunale modelprojekter forankret i eksisterende forebyggende ordninger.

Projekterne forventes igangsat 1. september 2012 og afsluttes 31. august 2015. Der tilknyttes rådgivning fra Sundhedsstyrelsen til de kommuner, der tildeles midler fra puljen, ligesom Sundhedsstyrelsen forestår en tværgående evalueringsrapport, baseret på data leveret af projektkommunerne.

1. Baggrund

Forekomsten af overvægtige og svært overvægtige voksne er steget siden 2000, og udviklingen af børnepopulationen gennem de seneste årtier er gået i samme retning. Tal fra 2010 viser, at 11-12 % af de 11-15 årige drenge, og 8-9 % af de 11-15 årige piger er overvægtige. Børn i familier med overvægtige forældre udvikler hyppigere overvægt, og 70 % af dem, der er overvægtige som unge, bliver det også som voksne.

De senere års satspuljer omhandlende overvægt har haft fokus på forskellige målgrupper blandt børn og unge, hhv. børn, gravide og voksne.

7. maj 2014

j.nr 1-1012-34/1/ANP

Sundhedsstyrelsen

**Forebyggelse og
borgernære sund-
hedstilbud**

**Axel Heidesgade 1
2300 København S**

Tlf. 7222 7400

Fax

E-post sst@sst.dk

Web sst.dk

Dir. tlf. 7222 7597

E-post anp@sst.dk

ne. Unge i alderen 12 - 15 år har ikke tidligere haft særlig opmærksomhed i satspuljesammenhæng, og indsatserne i denne satspulje er derfor målrettet denne aldersgruppe. I denne alder har de unge stigende ansvar for deres egne valg, gruppepres og majoritetsmisforståelser forekommer i udstrakt grad, de unge begynder udvikling væk fra forældrene, som imidlertid fortsat er meget vigtige som kompetente sparringspartnere for den unge.

Med udgangspunkt heri etableres et modelprojekt forankret i den kommunale skolesundhedstjeneste i en række kommuner, der kan dokumentere stor forekomst af overvægtige unge.

2. Modelprojektet

På baggrund af højde- og vægtmålinger foretaget i indskolingen og 1. klasse og midt i skoleforløbet (jf. bestemmelserne i bekendtgørelse nr. 581 af 23/95/2011 om kommunernes pligt til at indberette data til Sundhedsstyrelsen) tilbyder den kommunale sundhedstjeneste en indsats til elever i 6. – 9. klasse, hvis vægtkurven ved den seneste måling i 4., 5. eller 6. klasse viser en uhensigtsmæssig vægtudvikling, der ikke er handlet på tidligere, eller hvor der har været utilstrækkelig opfølgning.

Såfremt den obligatoriske højde- vægtmåling finder sted i 6. klasse i de udvalgte kommuner kan visitation til projektet ske direkte fra denne undersøgelse

Projektet har følgende centralt definerede elementer, som kan suppleres med lokale indsatser:

- Indsatsen forankres i den kommunale sundhedstjeneste
- Opsporing sker via sundhedsplejerskens højde- og vægt data fra tidligere undersøgelser i skolesundhedstjenestens regi
- Der anvendes en centralt udviklet invitation til at deltage i projektet¹
- Forældreinddragelse er en forudsætning for projektdeltagelse
- Den unge skal have kontakt med den kommunale sundhedstjeneste mindst hver måned i den indsatsperiode, der aftales med den unge og familien (kommunallæge og/eller sundhedsplejerske)
- Der skal etableres kontakt med den unges praktiserende læge og indgås samarbejde med denne, hvor det er relevant
- Der skal ske netværksdannelse og erfaringsudveksling på tre niveauer: mellem de overvægtige unge, mellem kommunale lokale aktører og mellem de udvalgte kommuner.

3. Lokale projektelementer og udviklingsperspektiver

Der vil ved udvælgelse af projekter blive lagt vægt på, om kommunen har eksisterende tilbud og strukturer, der kan videreudvikles i projekt-

¹ Invitationen udvikles af de udvalgte kommuner i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, som forestår lay-out og tryk

perioden. Ansøgende kommuner skal således beskrive lokale eksisterende indsatser og udviklingsmuligheder.

Ansøgende kommune skal desuden beskrive, hvilke indsatser man, ud over ovennævnte obligatoriske elementer, vil iværksætte på baggrund af eksisterende og evt. fremtidige lokale tværfaglige tilbud og strukturer.

Denne beskrivelse skal omfatte, hvordan man i projektperioden som minimum:

- vil arbejde på at udvikle og sikre samarbejdsstrukturer mellem den kommunale sundhedstjeneste (kommunallæge og/eller sundhedsplejerske), praksiskonsulent og de øvrige relevante aktører i den kommunale forvaltning
- vil udvikle kommunale samarbejdsformer og – relationer samt tilbud, der sigter mod at følge op på indsatsen efter den unge har forladt folkeskolen, herunder ansvarsplacering for opfølgning fx samarbejde med ungdomsuddannelser, efterskoler og lign.
- vil arbejde med inddragelse af de involverede unge og deres forældre med henblik på i hele projektperioden at kvalificere indsatsen med udgangspunkt i de unges oplevelser og erfaringer fx i form af et ungepanel, seminarer eller camps med alle involverede (herunder også forældrene) eller lignende². Dette kan med fordel ske i et samarbejde mellem de udvalgte kommuner.

Der stilles således krav om beskrivelser af samarbejdsrelationer og inddragelse af aktører udover den kommunale sundhedstjeneste, praksiskonsulent og praktiserende læge, også når det gælder overgangen fra folkeskole til efterskole/ungdomsuddannelse og evt. andre instanser. Sidstnævnte må betragtes som et væsentligt udviklingsområde i forhold til at styrke indsatsen for overvægtige unge i et længere perspektiv med henblik på at forebygge overvægt i voksenalderen.

4. Evaluering

Der stilles krav om lokal evaluering af indsatsen. Evalueringselementerne udvikles af Sundhedsstyrelsen og de udvalgte kommuner i fællesskab i projektets første fase, dvs. kort, efter kommunerne er valgt og inden indsatsen i forhold til de unge og deres forældre påbegyndes.

5. Hvem kan søge midler fra puljen?

Sundhedsstyrelsen udmønter midler til kommuner, der på baggrund af eksisterende tilbud og strukturer, ønsker at videreudvikle indsatsen i forhold til unge i alderen 12-15 år, som er overvægtige eller som har en uhensigtsmæssig vægtudvikling. Indsatsen skal indeholde de ovenfor beskrevne obligatoriske elementer.

² Inddragelse af unge i sundhedsprojekter. Sundhedsstyrelsen 2010

Projektet skal forankres i den kommunale sundhedstjeneste, hvorfor lederen af den kommunale sundhedstjeneste skal være medunderskriver af ansøgningen. Der stilles desuden krav om bindende samarbejdsaftaler med andre forvaltninger i kommunen, almen praksis, efterskoler, private aktører eller andre, kommunen planlægger at samarbejde med.

6. Hvad kan kommunen søge midler til?

Midlerne vil kunne ydes dels som udviklingsstøtte, dels som driftsstøtte. Det forudsættes, at størstedelen af puljemidlerne ydes som udviklingsmidler.

Der kan søges om midler til:

- aflønning af projektleder og projektansatte i fornødent omfang
- aflønning af praktiserende læge i begrænset omfang
- aktiviteter til rekruttering og fastholdelse af unge og deres forældre
- afholdelse af seminar/ungepanel/camp eller lign.
- møder med eksterne samarbejdspartnere
- kørselsudgifter i forbindelse med tværgående aktiviteter de deltagende kommuner imellem
- evaluering i begrænset omfang

Kommunen dækker selv:

- driftsomkostninger som fx kontorhold, herunder telefonudgifter, lokaleleje, materialer udover det, der stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen
- aflønning af deltagere ved interne møder, inkl. mødeforplejning
- kørsel udover det ovenfor beskrevne

7. Samarbejde med Sundhedsstyrelsen i projektperioden

Deltagende kommuner forpligter sig til at samarbejde med Sundhedsstyrelsen om at

- udvikle fælles invitation til de unge og deres forældre
- deltage i 2 heldages seminarer afholdt af Sundhedsstyrelsen
- bidrage til udvikling af evalueringslementer
- afrapportere data til Sundhedsstyrelsen efter endt projektperiode
- bidrage aktivt til afslutningskonference

8. Kriterier ved udvælgelse af projektkommuner

Ved vurdering af ansøgninger vil der blive lagt væk på følgende:

1. Andelen af overvægtige unge og voksne i kommunen
2. I hvilket omfang ansøgningen beskriver og inddrager de eksisterende tilbud i den kommende indsats

3. I hvilket omfang og på hvilken måde forældrene tænkes medinddraget i indsatsen, herunder fx i forbindelse med rekruttering og fastholdelse
4. Hvilke netværksaktiviteter der er beskrevet, herunder fx type, hyppighed, metoder og lign
5. I hvilket omfang det tværfaglige samarbejde er beskrevet og sandsynliggjort, herunder også indsatsen, der rækker udover grundskolen
6. Projektets udviklingsmuligheder i kommune efter projektperiodens ophør, herunder projektets mulige forankring.
7. Omfanget af evt. kommunal medfinansiering

9. Økonomi

Der udmøntes 11.080000 kr. over 4 år

10. Tidsfrister

Ansøgningen skal være Sundhedsstyrelsen i hænde senest 15. juni 2012 kl. 12

Sundhedsstyrelsen forventer at give svar om tilsagn medio august 2012

Projekterne forventes at starte 1. september 2012

Projekterne slutter 31. august 2015

11. Ansøgningsprocedure

Ved ansøgning skal Sundhedsstyrelsens ansøgningsskema anvendes. Ansøgningen skal være underskrevet af lederen af den kommunale sundhedsordning og dennes chef.

Ansøgningsskemaet sendes elektronisk til:

Sundhedsstyrelsen

Forebyggelse og borgernære sundhedstilbud

Axel Heidesgade 1

2300 København S

på mailadressen: sst@sst.dk

mrk: 1-1012-34/1/ANP/Ansøgning satspulje overvægtige børn og unge

Yderligere oplysninger

Spørgsmål vedr. økonomi rettes til

Kasper Dahl, kad@sst.dk, telefon 72 22 75 87

Spørgsmål af faglig karakter rettes til

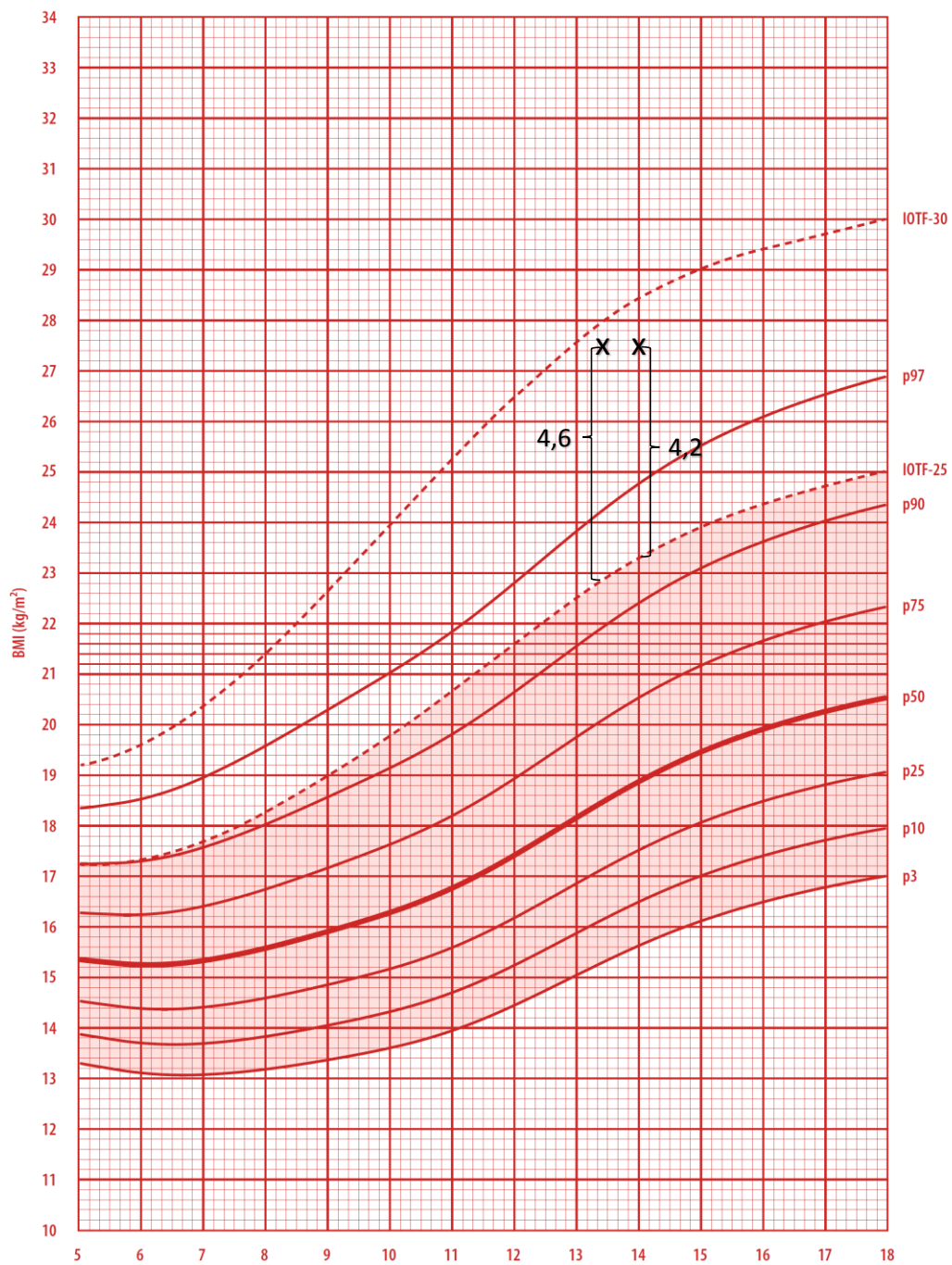
Annette Poulsen, anp@sst.dk, telefon 72 22 75 97

PIGER

Body Mass Index (BMI) fra 5 til 18 år

Navn:

Fødselsdato:



LITTERATUR

- Bonke, J. & J. Greve (2010): *Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere*. København: Gyldendal.
- Erickson, S.J., T.N. Robinson, K.F. Haydel & J.D. Killen (2000): "Are Overweight Children Unhappy? – Body Mass Index, Depressive Symptoms and Overweight Concerns in Elementary School Children". *Arch Pediatr Adolesc Med*, 154, s. 931-935.
- Fox, C.L. & C.V. Farrow (2009): "Global and Physical Self-Esteem and Body Dissatisfaction as Mediators of the Relationship Between Weight Status and Being a Victim of Bullying". *Journal of Adolescence*, 32, s. 1287-1301.
- Friedlander, S.L., E.K. Larkin, C.L. Rosen, T.M. Palermo & S. Redline (2003): "Decreased Quality of Life Associated With Obesity in School-Aged Children". *Arch Pediatr Adolesc Med*, 157, s. 1206-1211.
- Hjerteforeningen (2004): *Børn og unges livsstil og risiko for hjertesygdom*. København: Hjerteforeningen.
- Mattsson, C., A-D. Hestbæk & A.R. Andersen: *11-årige børns hverdagsliv og trivsel. Resultater fra SFI's forløbsundersøgelser af årgang 1995*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 08:16.
- Ottosen, M.H. (red) (2012): *15-åriges hverdagsliv og udfordringer. Rapport fra femte dataindsamling af forløbsundersøgelsen af børn født i 1995*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, 12:30.
- Ovesen, L. (2006): "Adolescence: A Critical Period for Long-Term Tracking and Risk for Coronary Heart Disease?" *Ann Nutr Metab*, 50, s. 317-324.

- Reilly, J. (2006): "Obesity in Childhood and Adolescence: Evidence Based Clinical and Public Health Perspectives". *Post Grad Med J*, 82, s. 429-437.
- Strauss, R.S. (2000): "Childhood Obesity and Self-Esteem". *Pediatrics*, 105, s. 15.
- Sundhedsstyrelsen (2014): *Opsporing af overvægt og tidlig indsats for børn og unge i skolealderen – Vejledning til skolesundhedstjenesten*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2010): *Temarapport om børn og overvægt*. København: Sundhedsstyrelsen.